



Adolescencia y Drogadicción

Un enfoque de la prevención escolar en Argentina

PROBLEMA:

La Prevención de la drogadicción en los adolescentes

HIPOTESIS:

La escuela orientaría y educaría a los alumnos adolescentes en la prevención

INDICE

Introducción 4

La Droga 6

Definición 6

Precisiones necesarias 6

Haciendo un poco de historia 7

Clasificación 10

Alucinógenos 10

Cocaína y Crack	13
Estimulantes	15
Marihuana	17
Narcóticos	18
Drogadicción	22
Causas	22
Perfil de identidad	24
Introducción	24
Factores que influyen en el desarrollo de una drogadicción	25
Factores constitucionales	25
Relaciones objetales tempranas	26
Depresión Materna	27
Desarrollo del Self	27
Relación con la figura paterna	29
Invasión de los límites del otro	29
Importancia del cuerpo y negación del mismo en el adicto	30
Negación de la finitud	30
Constelación y personalidad preadicta	31
Adolescencia y drogadicción	32
La búsqueda de riesgos	35
La presión social	36
La amistad	39
Algunas conclusiones	39
Prevención	41
Tipos de Prevención	42
Modelos de Prevención	43

Modelo Etico–Jurídico	43
Modelo Médico–Sanitario	43
Modelo Psico–Social	44
Modelo Socio–Cultural	45
Modelo Etico–Social	45
¿Legalizar o no legalizar?	46
Características de la legislación argentina	48
Ejemplos de Proyectos de Prevención	52
Programación global de la prevención y la asistencia en las tóxicodependencias	52
Proyecto curricular	55
Prevención en otros países	56
Trabajo de Campo	60
Interpretación de los datos estadísticos	61
Gráficos Globales	62
Gráficos Zonales	67
Conclusión	68
Bibliografía	71
Anexo I – Tipos de Drogas	73
Anexo II – Factores Básicos	74
Anexo III – Encuesta a Alumnos	75
Anexo IV – Encuesta a Directivos	76

Introducción

Los educadores trabajamos con niños, **adolescentes** y adultos los cuales están en una etapa en la que pueden ser víctimas de las adicciones.

La sociedad actual, en todas las extensiones aviva el despedazamiento familiar, el consumismo desenfrenado e

insustancial, tratando de crear la desorganización social generando una crisis de valores, situación que propicia y fomenta distintas adicciones.

Para lograr una vida sin adicciones la prevención es una labor prioritaria.

Los educadores debemos tomar un papel protagónico en la generación de proyectos preventivos de este flagelo.

Los educadores somos personas privilegiadas para interpretar a niños, adolescentes y adultos que pueden tener problemas de adicciones. La escuela después de la familia es el lugar con más grandes posibilidades de actuación frente a este problema.

En muchas ocasiones el educador puede ser el único adulto en la vida de alguno de sus educandos, el único que se preocupe y ocupe de lo que le está sucediendo.

Debemos estar preparados, informados y tener convicciones claras sobre nuestra conducta frente a los alumnos, con respecto a las adicciones.

El educador ha de formar más que informar, la información sola no protege.

La información no debe crear curiosidad innecesaria. El educador deberá comprender el comportamiento de sus alumnos aportando su experiencia para guiar sus conductas y no quedarse en la crítica. Deberá dar cabida en su accionar docente al tema de las adicciones y cooperar para su desmitificación.

Debemos fomentar y fortalecer la autoestima del adolescente y buscar asesoramiento en caso de adolescentes con problemas, ya que no debemos, ni podemos realizar asistencia.

La prevención de las adicciones es la utilización de recursos humanos, materiales e institucionales de que dispone la comunidad para atender las necesidades y resolver los problemas de las adicciones antes de que aparezcan. En esta tarea de prevención nosotros los educadores tenemos la posibilidad de ser los grandes protagonistas, de llegar al alumno con las herramientas que nos brinda la pedagogía y la didáctica a hablar su mismo lenguaje, no podemos quedarnos en una lección magistral, sino en una labor constante, persistente, útil.

En síntesis debemos integrar la información en todas las actividades normales del proceso educativo.

La Droga

Definición

Las drogas son sustancias que se convierten en el objeto de una relación cuando esta llega a hacerse activa. La droga, en sí, no existe: es el sujeto drogadicto quien convierte ciertas sustancias en drogas, al establecer con ellas un tipo de relación y unas formas o patrones de uso.

Entenderemos, pues, que la existencia de las drogas no es la causa de la droga-dependencia. En la producción del fenómeno, en la dependencia, existe una relación de causalidad entre el consumo de drogas, los factores dependientes de la persona consumidora y su ambiente social. Conocer los conceptos y la clasificación de las drogas nos permite después entender mejor la problemática asociada.

La organización mundial de la salud (O.M.S.) define las drogas como una sustancia (natural o química) que,

introducida en un organismo vivo por cualquier vía de administración (ingestión, inhalación, por vía intravenosa o intramuscular), es capaz de actuar sobre el cerebro y producir un cambio en las conductas de las personas debido a que modifica el estado psíquico (experimentación de nuevas sensaciones) y tiene capacidad para generar dependencia.

Precisiones necesarias

Al hablar de las drogas, aparecen siempre una serie de términos relacionados que, por su parecido y vinculación con el tema, y porque no tienen ningún otro uso más cotidiano, pueden inspirar confusión. Aclaremos, pues, estos conceptos antes de seguir adelante:

Un consumidor es la persona que ingiere alguna droga. Se puede diferenciar entre dos tipos de consumidores: el consumidor ocasional, o persona que alguna vez puede utilizar una o varias drogas, y el consumidor habitual, o persona que consume una o varias drogas con una periodicidad importante (incluso diariamente).

Haciendo un poco de historia

La penetración del opio en el círculo cultural de Occidente tuvo lugar decorosamente, por medio de las más altas esferas literarias. Nada menos que con el canto cuarto de la *Odisea*, de Homero, donde en sus versos 219 a 233, nos describe entre líneas, al opio no sólo como narcótico sino también como un sicofármaco. El dolor que según el poema está llamado a mitigar, es de tipo espiritual, psíquico diríamos hoy.

El efecto del jugo extraído de las cápsulas inmaduras de la adormidera (papaverácea somnífera) era ya conocido en el país del Nilo desde muchos años antes. Ocho siglos antes de Homero, en 1600 a. de C. la traducción de un papiro nos dice que hubo un médico que recomendaba el opio como un medicamento para mitigar el llanto exagerado de los niños pequeños. Había que tomar cápsulas de amapola y granos que se mezclan con la suciedad que las moscas dejan en las paredes, hasta formar con él toda una masa que se filtra y se da a los niños a partir del cuarto día.

Cuando Yago, en la tercera escena del tercer acto del *Otelo* de Shakespeare, habla sobre su intriga, menciona también dos drogas:

Ni la adormidera ni la mandrágora

ni todos los adormecedores jugos de la naturaleza

te ayudarán a recuperar el dulce sueño

que hasta ayer fue tuyo.

Que el opio y otras drogas sean mencionadas por Shakespeare más de doscientas veces no tiene nada que ver con una pasión personal del escritor —los sabios del Renacimiento, en todos los países, siempre estuvieron decididos a investigar de nuevo el mundo, y las drogas tenían para ellos un especial interés—.

García da Horta, informa, en su Historia de las drogas, de ciertas contradicciones: el opio es un veneno estimulante que los turcos toman para vencer el cansancio, pero no como afrodisíaco, como algunos creen estúpidamente, pues el opio no sólo no aumenta el apetito carnal, sino que apacigua la llamada de la carne.

En ningún libro, hasta entonces, se mencionó el peligro de hábito que implica el consumo del opio. El primero en mencionarlo fue el sacerdote Samuel Purchas, contemporáneo de Shakespeare.

La droga más extendida en el mundo libre occidental es, actualmente, el Valium. Uno de cada tres hogares en la República Federal de Alemania la tienen en sus botiquines caseros. En el caso de abuso, si se toma una sobredosis, se puede sufrir de mareos y pérdida de conciencia, el producto es una causa de adicción. Los tranquilizantes son una droga legal, y aunque pueden producir algunos accidentes profesionales, han sustituido a otros productos preocupantes derivados del opio.

En Inglaterra la mayor parte de los libros que tratan las drogas, se basan en la apreciable cantidad de investigaciones e informes que en su época se editaron y, con ellos, se llega fácilmente a la impresión de que el opio fue un problema específico de las Islas Británicas. Esto no es cierto, si se tiene en cuenta la cantidad de opio consumido en Europa. En lo único que los ingleses superan al resto de los europeos es en la mayor precisión en los informes.

No hay duda de que podrían llenarse muchos metros de estantería con la literatura que se ha escrito sobre el efecto y estímulo que las drogas ejercen en la producción de obras de arte. La razón que la pregunta no haya podido obtener, hasta ahora, una respuesta precisa es muy simple. En primer lugar no hay ninguna droga capaz de dar vida a un mundo propio imaginario. Todo lo que puede hacer, en el mejor de los casos, es juntar y dar forma a una serie de experiencias diversas. Ésta es una cualidad que las drogas comparten con los sueños y con la fantasía artística, por lo que el papel de las drogas en la creación artística es sólo complementario, relativo.

En el caso de las drogas alucinógenas como el hachís, repetidas veces se ha tratado de descubrir si existen *modelos de fantasía* que sean fruto específico de la droga. La mayoría de los científicos han llegado a la conclusión que las drogas alucinógenas lo único que hacen es acentuar la capacidad de fantasía ya existente en la mente del artista, pero no son capaces de crear nada por sí mismas. La droga cuyo uso está más extendido entre los artistas es el alcohol, y tiene al parecer, dos características peculiares: En la mayoría de los artistas su función se limita a ayudarles a superar el estado de stress causado por el trabajo creativo, como una especie de vacaciones psíquicas; en los alcohólicos graves produce un oscurecimiento de su mundo representativo y una tendencia a la búsqueda de temas *fantasmagóricos*. Del alcohol se puede esperar más o menos lo mismo que de los narcóticos y, por lo tanto, no debe sorprender a nadie que en algunas épocas un número sorprendente de escritores y otros artistas se den al alcohol y acaben por pasarse al opio y sus derivados.

En 1898 la firma Bayer saca a la venta un producto, (probado por un período de apenas dos meses) con el nombre de Heroína que según los científicos los resultados fueron:

- ð Contrariamente a la morfina, esta nueva sustancia produce un aumento de la actividad.
- ð Adormece todo sentimiento de temor.
- ð Incluso las dosis más pequeñas hacen desaparecer todo tipo de tos, hasta en los enfermos de tuberculosis.
- ð Los morfinómanos tratados con esta sustancia perdieron de inmediato todo interés por la morfina.

Ese mismo año, logran otro importante descubrimiento Aspirinas el sustituto de los salicilatos, y Heroína el medicamento ideal para eliminar la tos. Años después se descubrió que la Heroína de Bayer producía adicción y la empresa decidió dejar de vender este producto.

El camino que condujo a las drogas a la clandestinidad recorre en todos los países civilizados el mismo

camino diabólico: establecimiento de una rigurosa obligatoriedad de recetas especiales para conseguir todo tipo de derivados del opio; leyes penales muy severas contra la falsificación de recetas, así como contra los médicos que las prescriben a la ligera. Con ello, desde luego, no podía hacerse desaparecer el problema sino, simplemente, sacarlo de la superficie para pasarlo a la clandestinidad.

La guerra de Vietnam, fue testigo del matrimonio de la heroína con la política. Las guerras subversivas son por lo general, financiadas con negocios ilegales y desde la segunda guerra mundial, el mercado de armas clandestino es en muchos casos idéntico al de la droga. Se dice que en la guerra de Vietnam, la CIA, manejaba tres compañías de aviación: Air America, Continental Air Service y Lao Development Air Service (en Indochina). Estas compañías se las conocía como Air Opium. De acuerdo con un informe de la CIA a finales de la década del 60, los ingresos de los gobernantes en Vietnam y Laos provenían de las siguientes fuentes: 1– Venta de Cargos de importancia en el gobierno. 2– Sobornos 3– Corrupción militar y 4– El contrabando de opio.

Otro ejemplo de la relación de las drogas con la política es la gran cantidad de diplomáticos sorprendidos con gran cantidad de drogas entre su equipaje en los últimos años.

Clasificación

Alucinógenos

Se sabe que gran cantidad de sustancias de muchas y variadas composiciones químicas producen parecidos efectos psicoactivos en la mente humana. Algunos de estos compuestos son sustancias naturales, algunas extraídas de otras sustancias y algunas son sintéticas. Los efectos de este tipo de drogas varían significativamente en cada persona. Estas variaciones son en parte debidas a las expectativas y el ambiente de cada uno y a otros factores no farmacológicos. Algunas drogas como el LSD se han utilizado anteriormente en psicoterapia. Hoy, se utilizan muy poco en ese terreno.

Estas drogas generalmente se toman por vía oral. La tolerancia a ellas se crea rápida y significativamente. Sus efectos varían desde algunos minutos hasta varias horas. Los efectos, favorables y desfavorables, son principalmente psicológicos. El LSD no se descubrió hasta 1938. Sus efectos en el cerebro no fueron totalmente conocidos hasta 1943. Numerosas drogas con efectos parecidos han circulado desde tiempos prehistóricos y las plantas que las producen pueden crecer en casi todos los sitios. Se han utilizado estas drogas por todo el mundo. Con frecuencia, su utilización se consideraba un fenómeno místico o religioso que acercaba a las personas a los dioses y a la naturaleza.

Alucinógenos naturales. Las setas crecen por todo el mundo. Existen miles de tipos distintos, algunas son comestibles, algunas son venenosas y algunas contienen sustancias alucinógenas. El alucinógeno natural que contienen es una sustancia química llamada *psilocibina*. Estas setas se pueden comer, cocinar, secar o machacar. Generalmente se consumen por vía oral, en cápsulas o en tabletas. La psilocibina provoca la sensación de percibir cosas en lugares que no son normales. Con frecuencia se ven alucinaciones muy coloridas, se tiene la sensación de ligereza y mucha relajación. También causa diarrea y retorcijones, así como escenas retrospectivas. El efecto comienza aproximadamente a los quince minutos después de su ingestión y puede continuar hasta nueve horas.

El peyote es un cactus pequeño sin espinas con una parte central o botón y una raíz en forma de zanahoria. Crece en los desiertos de México y en el sudoeste de los Estados Unidos. La parte central contiene una sustancia química llamada *mescalina*. Esa parte central se corta en rodajas y se seca para formar un botón

mescal que se mantiene en la boca hasta que se ablanda y luego se traga o se utiliza para hacer té. La mescalina también se puede obtener sintéticamente y se encuentra en forma de cápsulas o tabletas. Los efectos que produce son, cambios o interrupciones en las funciones normales del cerebro y alucinaciones. Alrededor de una hora después de su ingestión son frecuentes las náuseas y los vómitos así como respiración entrecortada, aumento del ritmo cardíaco y temblores. Estos efectos pueden durar hasta 12 horas y sus reacciones pueden ser variables. Efectos tipo caleidoscopio, "ver" la música en colores u "oír" la pintura como si fuese música, representan algunas de las experiencias sensoriales de las que se tiene conocimiento. Los Aztecas en América del Sur utilizaban el peyote en sus ceremonias religiosas como hacían los americanos nativos.

Alucinógenos sintéticos. El *LSD* o *dietilamida del ácido lisérgico*, se conoce como ácido. En 1943, cinco años después de su descubrimiento, el Dr. Hoffman estaba trabajando en su laboratorio farmacéutico cuando empezó a sentirse enfermo. En el intento de repasar su trabajo sobre hongos, descubrió que había fabricado uno conocido como el LSD-25. Esta fue la única variable diferente que encontró. Para comprobar su teoría, se administró a sí mismo una pequeña cantidad y se sentó a tomar notas. Después de casi una hora, se sintió mareado, impaciente, con trastornos visuales y con una risa incontrolable. Estas notas fueron las últimas que escribió en su cuaderno y tuvo gran dificultad en escribirlas. El Dr. Hoffman continuó experimentando en un "viaje" de seis horas de LSD. Al día siguiente se sentía bien, pero muy cansado. Este es el primer caso de un informe documentado de los efectos del LSD.

Desde entonces el LSD ha sido utilizado por los militares para "lavados de cerebro" e incluso para incapacitar a las fuerzas enemigas. Se reemplazó rápidamente por otros compuestos más específicos y efectivos. Los médicos lo utilizaron en psicoterapia pero su utilización ha decaído desde mediados de los 60. En 1962 el LSD llegó a ser una droga muy popular en el mercado negro. Debido al estricto control de abastecimiento por los fabricantes y las regulaciones de las administraciones, se vio envuelto en el mercado negro muy deprisa. Este mercado aumentó el abastecimiento de esta droga hasta tal punto que se exportó fuera de los Estados Unidos. Desde 1966 no es legal la fabricación y distribución del LSD en Estados Unidos.

El LSD es una de las drogas sintéticas más poderosas. Una quinta parte de un gramo de una tableta (el tamaño de una aspirina), contiene suficiente LSD para producir efectos a tres mil personas. Es cien veces más fuerte que la psilocibina y más de cuatrocientas veces más fuerte que la mescalina. El LSD es un polvo blanco insípido, incoloro e inodoro. Pueden hacerse tabletas, cápsulas o líquidos y generalmente se traga, aunque con frecuencia se inyecta en vena.

El LSD afecta a las funciones del cerebro, principalmente a los receptores de serotonina. El efecto empieza de treinta a noventa minutos después de su ingestión y puede durar hasta doce horas. Este efecto se denomina comúnmente como "viaje". Los efectos del LSD son muy similares a los que producen los alucinógenos naturales descritos anteriormente pero más intensos. Son comunes los cambios emocionales, esos son espantosos para el consumidor. También puede causarles la pérdida del sentido de acciones normales" o sus consecuencias. El consumidor puede tender a realizar acciones sobrehumanas y sentirse sin control alguno. Las escenas retrospectivas pueden durar muchos años, aunque no se vuelva a consumir esta droga.

Los efectos físicos en el consumidor de LSD son sudores, pérdida de apetito, insomnio, boca seca y temblores. También puede aumentar el latido cardíaco, la temperatura y la presión sanguínea.

La *feniclidina* se conoce a menudo como "polvo de ángel", es uno de los alucinógenos más peligrosos y también muy extendido. A diferencia de otros alucinógenos, la feniclidina provoca drogodependencia. La feniclidina originariamente se desarrolló para su utilización como producto adjunto a la anestesia. Pronto se descubrió que causaba confusión, alucinaciones, ansiedad, ataques e incluso daños en el cerebro. Es un polvo cristalino puro y blanco. Con frecuencia se traga en forma de cápsulas o tabletas, se esnifa o se inyecta. Generalmente se espolvorea o rocía sobre la marihuana, el tabaco o perejil triturado y se fuma.

Los efectos de la feniclidina comienzan de dos a cinco minutos después de ser ingerida, llegan al máximo en dos horas aproximadamente y pueden durar hasta seis horas. Los efectos residuales necesitan dos días para desaparecer. Las escenas retrospectivas son corrientes con la feniclidina y pueden ocurrir meses después de su ingestión. Bajo los efectos de esta droga las cosas se ven y se oyen de manera muy diferente. La feniclidina afecta a las funciones motrices normales como el andar o el hablar, aumenta los latidos cardiacos y la presión sanguínea. Los efectos secundarios más frecuentes son sudoración, vista borrosa, mareos, entumecimiento, nerviosismo, irritación, dificultad para concentrarse e impaciencia. Los efectos secundarios más graves van desde el estado de coma y convulsiones, hasta un fallo cardíaco o apoplejía. La feniclidina puede provocar cambios de comportamiento raros e impredecibles. Los adictos pueden intentar hazañas sobrehumanas o cometer violentos crímenes. A menudo padecen graves problemas mentales.

Cocaína y Crack

La *cocaína* es una droga alcaloide extraída de las hojas del árbol de la coca. Es un estimulante del sistema nervioso central que provoca euforia (sensación de sentirse bien). El *crack* es una droga poderosa. Es una forma de cocaína más barata y muy disponible que se presenta en pequeños trozos con apariencia de jabón y se conoce vulgarmente como "perica" o "farlopa". Aquí nos referiremos a ella con el término genérico de cocaína.

Cuando se produce la inmunización temporal o la tolerancia a los efectos de la cocaína muchos consumidores tienden a aumentar la dosis. La cocaína se puede esnifar (aspirar), inyectar o fumar. Generalmente se mezcla con otras sustancias más baratas. El crack es el resultado de calentar la cocaína con levadura en polvo. Generalmente se fuma en una pipa de agua y es la forma de cocaína que causa más adicción.

En 1883 un físico militar alemán, el Dr. Theodor Aschenbrandt, consiguió un suministro de cocaína pura y lo distribuyó entre los soldados bávaros durante las maniobras de otoño. Informó del aumento de la capacidad de los soldados para soportar el cansancio.

Un lector que quedó fascinado con los informes del Dr. Aschenbrandt, fue un joven neurólogo vienés, indigente, de veintiocho años, el Dr. Sigmund Freud. Algunos de los descubrimientos iniciales de Freud sobre la cocaína, como el de ser una droga psicoactiva, quedaron ampliamente confirmados en investigaciones posteriores. Otras investigaciones revelaron que el uso repetitivo de grandes dosis de cocaína produce una psicosis paranoide característica en casi todos los que la utilizan y que aumenta la tendencia a su abuso. Una característica peculiar de esta psicosis son las alucinaciones como que hormigas, insectos o serpientes corren por encima de la piel.

En 1890 la naturaleza de la cocaína a crear adicción y psicosis era bien conocida. Se utilizaba frecuentemente como anestesia local. En los Estados Unidos, fue muy utilizada en la Coca-Cola, en tónicos y en otros medicamentos patentados. Se prohibió en 1914. La cocaína destruye las membranas mucosas, inflamando y agrandando las vías respiratorias. Estos efectos se dan más en las personas que esnifan cocaína, lo que todavía se practica. También es un estimulante que acelera el sistema nervioso, el latido cardíaco y la respiración.

La adicción a la cocaína se diferencia de otros tipos de adicción en al menos dos aspectos. Incluso después de la utilización de grandes dosis de cocaína, si se priva de la utilización de esta droga, no se sufre de crisis de abstinencia como el delirium tremens producido en los alcohólicos o el síndrome de abstinencia del opio. Los efectos físicos son menores. La falta de cocaína se caracteriza por una depresión para la que la cocaína parece ser el único remedio. El impulso de reducir la utilización de cocaína es muy fuerte. Sobredosis de esta droga puede derivar en convulsiones e incluso la muerte.

Por otra parte, la adicción a la cocaína puede provocar graves psicosis bajo sus efectos. Esto es muy distinto a

la mayoría de los síndromes de abstinencia que duran horas o días después de dejar la droga.

Grandes dosis de cocaína pura, producen sensación de gran tensión y un exceso de agitación. Los cocainómanos descubrieron que mezclando la cocaína con la morfina o la heroína se reducían estas sensaciones. Los que utilizan morfina o heroína descubrieron que la combinación aumenta los efectos y el buen humor producido por esas drogas. Esta mezcla se conoce como "speed".

Estimulantes

La utilización de la *cafeína* en las distintas culturas tiene una larga historia. Todavía es una de las drogas que no recibe la suficiente atención a la hora de tratar el abuso y adicción a las drogas. Sin embargo, sus efectos fisiológicos y psicológicos en el organismo hacen evidente que la cafeína es una de las drogas de las que más se abusa y que puede causar adicción. No es probable que la cafeína se ponga bajo control gubernamental en un futuro inmediato, porque se considera, en general, benigna, su uso es socialmente aceptable (incluso se incita a su consumo) y las fuentes de obtención de la cafeína están controladas por grandes sociedades alimenticias (que tienen un gran interés en mantener alto su nivel de consumo). Sin embargo, a nivel individual se debería ser consciente de los efectos de la cafeína y del potencial de su abuso.

Históricamente, la cafeína se ha utilizado durante muchos siglos en el Este y en la América precolombina, antes de su introducción en Europa. Mientras en Europa se favorecía el consumo de alcohol como la droga elegida (lo que explica la gran variedad de sus manifestaciones que existe en esta parte del mundo) no pasó mucho tiempo desde que los comerciantes y exploradores comenzaran a traer el café de Arabia y Turquía, el cacao del Nuevo Mundo, el té de China y la planta de cola del oeste de Africa. La cafeína tuvo una gran aceptación popular. Es importante resaltar que, desde su comienzo como bebida popular en Europa, la utilización del café aumentó a pesar de las advertencias gubernamentales, religiosas y médicas y sus esfuerzos por reprimirlo. En muchos aspectos, la llegada de la cultura en torno a la cafeína trajo consigo tanto histerismo como muchas de las drogas actuales.

La cafeína se encuentra hoy como se encontraba originalmente, en el café, té, chocolate, y algunas bebidas sin alcohol. También está disponible en pastillas que se venden para ayudar a mantenerse despierto y alerta, como afrodisíaco y como reductor del apetito. Aunque no se considera como una droga de la que se pueda abusar, un sorprendente número de defensores de la cafeína sostienen contradictoriamente que, aunque no es una droga y sólo se toma para su disfrute, una taza de café es necesaria por las mañanas al despertarse o levantarse. En efecto, varios estudios han demostrado que se puede ser adicto a la cafeína y que los síntomas que se manifiestan por la falta de cafeína son irritabilidad, pereza, dolor de cabeza, depresión y/o nerviosismo. Además, en los tests en los que se ha pedido a personas no bebedoras que bebieran una cantidad de café o de té con los niveles de adicción comunes, han presentado nerviosismo y problemas gastrointestinales. Se puede llegar a abusar gravemente de la cafeína, incluso se pueden tomar de siete a quince tazas de café (o su equivalente) en una sesión. En situaciones tan extremas, se ha notado delirio, taquicardia, temblores y psicosis de cafeína, además de una alteración gastrointestinal aguda. Por ello, es evidente que la cafeína es una droga que crea adicción, afecta mentalmente y presenta el potencial de su abuso.

A pesar de estas consideraciones, la cafeína es relativamente benigna como droga que crea adicción. Estudios al respecto han demostrado que pequeñas dosis de cafeína mejoran la memoria a corto plazo, la puntuación en los tests que dependen del reconocimiento de un dibujo cerrado y la habilidad motriz. Tampoco se debe desestimar el aumento de la productividad en la sociedad actual por los efectos estimulantes de la cafeína. Sin embargo, se debe sopesar todo esto con los efectos que produce a largo plazo la utilización de cafeína.

Las úlceras y otros trastornos digestivos son más frecuentes entre los consumidores de cafeína, así como los problemas relacionados con la propiedad estimulante de la cafeína (incrementa el riesgo de paro cardíaco, de

hipertensión y problemas de personalidad). Muchos de los problemas a corto plazo que se presentan por sobredosis o abuso de la cafeína están bajo control al ser una droga legal de uso refinado. Sin embargo, se desconocen los efectos de larga duración.

Marihuana

La marihuana es el nombre común con el que se conoce a la planta *Cannabis sativa*. También es el nombre que se le da a la droga que se prepara con las hojas secas y la parte superior de las flores de esta planta. Estas hojas y flores contienen varios componentes químicos conocidos como canabinoicos. Una de estas sustancias químicas, la llamada TCH o delta-9-tetrahidrocanibinol, crea el estado conocido como "estar colocado" afectando a las funciones normales del cerebro. La potencia de la marihuana varía enormemente de un caso a otro.

La planta de marihuana ha existido desde hace más de 5.000 años y se ha utilizado de muchas maneras. En la antigua China se utilizaban las fibras de esta planta para tejer cuerdas y ropa. Los griegos y los romanos hacían medicinas con ellas. Otros han utilizado el aceite para fabricar jabón e incluso se ha utilizado como alpiste.

Como en la antigua China o Roma, los colonialistas americanos utilizaban la planta de marihuana. En los siglos XVII y XVIII, utilizaban las fibras de la planta para hacer cuerdas y tejer sus ropas. En el siglo XIX la parte superior de la lona que cubría las armas estaba a veces hecha con las fibras de la planta de marihuana.

La utilización de la marihuana para "colocarse" llegó a ser muy popular en los Estados Unidos durante los años 20 y 30. Muchas personas tenían miedo de esta droga y se aprobaron leyes para controlar su utilización. En 1937 el Congreso de los Estados Unidos aprobó una ley que limitaba el uso de la marihuana en cualquier lugar del país.

En los años 60, la marihuana llegó a ser más popular que nunca. Los estudiantes universitarios y de las escuelas superiores comenzaron a utilizar la droga como una forma de demostrar lo maduros e independientes que eran. Los "hippies" y los "hijos de la flor" hicieron de la marihuana parte de su manera de vivir.

En los años 70 y 80, los estudios sobre el uso de la marihuana han demostrado a los científicos que es, de hecho, una droga muy perjudicial. Hoy día, cada vez menos gente que consume marihuana e incluso menos que la prueban aunque sea sólo una vez. Sin embargo, la marihuana es todavía la droga ilegal más extendida.

El extracto de cannabis, marihuana, fue en su tiempo utilizado médicamente de forma extensiva y todavía tiene mínimas aplicaciones médicas en algunos países. La marihuana es única en cuanto a los efectos químicos y psicológicos que produce. El desarrollo de la tolerancia a la marihuana requiere "sentirse bien" o "llegar más alto". Se puede desarrollar una dependencia psicológica tan fuerte como la que provoca la cocaína. Las alucinaciones no son efectos secundarios de esta droga, pero con frecuencia es un síntoma de sobredosis.

Generalmente la marihuana se fuma, pero también se puede tomar por vía oral en las comidas o en las bebidas. Se ha demostrado que provoca enfermedades en los pulmones y en el corazón. El humo contiene gases químicos y venenosos que provocan cáncer. También puede destruir los tejidos pulmonares y disminuir el sistema inmunológico del organismo destruyendo los glóbulos blancos.

Narcóticos

Los narcóticos han sido las drogas fundamentales en las subculturas y en las sociedades respetables a través de los años. En 1885, los opiáceos estaban disponibles en preparados que no necesitaban prescripción. Incluso en los refrescos más comunes presentaban derivados del opio como ingredientes. Aunque algunos lo consideraban inmoral, la utilización de los preparados de opio, —como el láudano o fumar opio— estaba legalizado. En 1942 el Congreso Americano prohibió a nivel nacional el cultivo de la amapola de opio o adormidera. En el siglo XIX la adicción no se consideraba como la desgracia social que se considera hoy. Las parejas no se divorciaban por causa de adicción a los narcóticos y los trabajadores no eran despedidos por esta causa. Sin embargo, desde entonces se ha descubierto la verdadera naturaleza de la adicción y se han conocido sus terribles consecuencias, tanto para los individuos como para la sociedad. Hoy en día la clase de drogas denominadas "narcóticos" incluyen algunas de las más peligrosas, con más adicción y más abuso en la sociedad moderna.

Formalmente, el término "*narcóticos*" se refiere a los derivados de la adormidera que actúan como hipnóticos o tranquilizantes. Los derivados más conocidos incluyen el *opio*, la *morfina*, la *codeína* y la *heroína*. Los tres primeros aparecen de forma natural en la adormidera, mientras que el último, la heroína, está hecha de morfina acetilada. Todos ellos se han utilizado médicamente en algún momento de la historia, la morfina y la codeína todavía se utilizan extensamente como analgésicos. Se creyó que la heroína era un tratamiento viable contra la adicción de la morfina (un problema muy extendido a finales del siglo XIX y hasta la mitad del siglo XX). Como resultado, la heroína produjo más reticencia, adicción y daños psicológicos que la morfina a la que supuestamente reemplazaba. La codeína es quizás la última de estas drogas, siendo el opiáceo de acción más suave, pero también crea adicción y presenta el potencial de su abuso. De hecho, haciendo la consideración que muchas más personas tienen acceso legal a la codeína (con receta) que a la heroína (que no se prescribe), es muy posible que el número de adictos y el abuso de la codeína sean superiores a los de heroína, que es más difícil de conseguir.

Aunque el abuso de los narcóticos se centra en sus efectos, que proporcionan un placer momentáneo, muchas personas se han introducido en ese mundo a través de tratamientos médicos. El valor medicinal de los narcóticos es inestimable. La morfina y la codeína se han utilizado como analgésicos en pacientes para los que sería cruel tratarlos con calmantes más suaves, como la aspirina y el paracetamol. Para los dolores postoperatorios, crónicos y los traumatismos agudos inductores de dolor, la codeína ha encontrado muchos partidarios y con frecuencia se combina con analgésicos más suaves que proporcionan a los pacientes un alivio de amplio espectro. El principal efecto de los narcóticos es deprimir las funciones del sistema nervioso central disminuyendo la transmisión de los signos de dolor al cerebro. Sin embargo, resultan comprometidas otras funciones del SNC (Sistema Nervioso Central) como el control involuntario de los músculos, del sistema motriz y la coordinación. Una sobredosis de cualquier narcótico ocasiona confusión, delirio, pérdida de fluidez verbal, estado de coma y muerte. Por consiguiente, es absolutamente indispensable seguir las indicaciones del médico al tomar cualquier narcótico o sustancia sintética análoga bajo prescripción facultativa. El efecto a largo plazo de los narcóticos, incluso recetados, es una dependencia física.

Esta dependencia física no va siempre acompañada de degradación hepática, renal o neurológica rotunda u observable, se manifiesta mediante invariables síntomas de abstinencia que incluyen graves dolores de cabeza (que para calmarlos requieren fuertes dosis de narcóticos), convulsiones o temblores, fiebre y/o escalofríos y delirio. Lo que hace que la heroína sea particularmente una terrible droga, es su capacidad para crear adicción después de una única dosis. Los síntomas de abstinencia descritos, pueden ocurrir incluso después de la primera experimentación con heroína, aumentando las posibilidades de una fuerte adicción. Además, la adicción plantea un dilema incluso a las personas con más sentido moral: deben decidir entre practicar el robo para proveerse de una dosis de heroína o sufrir la angustia del síndrome de abstinencia en su estado más terrible. En muchos casos forzados (como cuando no se encuentra otra dosis o se está encarcelado), el

síndrome de abstinencia es tan fuerte que llega a ocasionar la muerte.

Estos casos ilustran el grave peligro de la heroína, aunque los casos de adicción que puede provocar una única dosis de heroína son excepcionales, del 3 al 5%. Muchos han sido consumidores ocasionales de opio o de morfina que se han pasado a la heroína, generalmente por vía intravenosa. Después de varias semanas, en que la frecuencia de consumo se incrementa de una vez al mes a los fines de semana, pronto se llega a consumir heroína diariamente y no se puede dejar sin pasar por una grave experiencia debilitando los síntomas de abstinencia. El heroinómano tiene que comprar droga continuamente y permanecer fuera del colegio o trabajo mientras esté bajo sus efectos. Los adictos a la heroína generalmente pierden sus amistades, trabajos, no descansan lo suficiente, no tienen una seguridad financiera u otras comodidades que proporciona un estilo de vida autosuficiente mientras estén dominados por esa adicción.

Se ofrecen varias vías para el que desee "*deshacerse del vicio*" del consumo de los narcóticos. Una sería abandonarlo rotundamente y de repente, lo que ocasiona el denominado "mono". Sin embargo, este método es casi imposible para la mayoría de los adictos pues los síntomas de abstinencias que tienen lugar son tan fuertes e intensos, que es probable que el adicto elija volver a la utilización de la droga en vez de sufrir esa agonía. Además, enfrentarse al síndrome es sólo la primera parte de la lucha contra la adicción. Seguidamente aparecen los síntomas de abstinencia más intensos, lo que se conoce como "síndrome de postadicción". Es durante este período, que puede durar varias semanas o meses, cuando los adictos en fase de recuperación experimentan depresión, ansiedad y anhelo. Con frecuencia, durante este tiempo vuelven a caer en el consumo de la droga. Otra opción son los programas de mantenimiento, aunque a muchos adictos no le solucionan su problema.

La *metadona* (una sustancia sintética análoga a la heroína) se prescribe con frecuencia como droga a utilizar para apartar la adicción a la heroína. Los programas de mantenimiento con metadona están prosperando en la ayuda del síndrome de abstinencia y de postadicción para miles de adictos a la heroína. Por sus efectos análogos, aunque más suaves que los de la heroína, se puede llegar a abusar de la metadona, y de hecho se abusa. Con todo, el sistema de soporte que acompaña a los programas de mantenimiento con metadona ayudan a prevenir la recaída de los adictos y es, pensándolo bien, una bendición para muchos miles de ex-adictos.

Se adjunta como ANEXO I, un cuadro en donde se clasifican los Tipos de Drogas descriptos anteriormente.

Drogadicción

Causas

Existe en nuestros días una preocupación en el ámbito mundial por la extensión e intensidad con que se presenta el flagelo de la drogadicción.

Todos los países están involucrados y atentos a formar una conciencia que permita el control de este mal y por tal motivo buscan no solo prevenir sino tratar de conocer mas profundamente las causas que llevan al hombre a sumarse a las huestes de los adictos.

El hombre desde la antigüedad se visto tentado a seguir el camino del placer enfermizo buscando el paraíso a través de la intoxicación descontrolada. Este fenómeno estaba circunscripto a determinadas elites, atraídas por el esnobismo, tratando de despegar de la realidad para encontrar la satisfacción de placeres no posibles de lograr fuera de la intoxicación sofisticada. Por otro lado tenemos los que llegan a la droga por problemas

psicoafectivos, buscando llenar vacíos que sus afectos no logran compensar.

Pero hoy, y de allí la preocupación generalizada, se ha extendido de tal modo su utilización que podemos identificarla como una **enfermedad social**, pudiendo definirla como "aquella que dañando el organismo y la mente del enfermo, trasciende sus límites, para invadir y propagarse a los otros individuos de su medio, mediante la interacción social; atacando y destruyendo la trama de la sociedad y desencadenando secundariamente vicios sociales tales como la desocupación, la delincuencia, la violencia, la promiscuidad y el deterioro de los vínculos familiares."

Analizando la drogadicción podemos identificar factores básicos que concurren para su presencia, y se ejemplifica en el ANEXO II:

- 1. un agente exterior: **la droga**
- 2. un medio facilitador: **el medio sociocultural**
- 3. **un ser humano** cuyas carencias lo transformen en terreno fértil para que momentáneamente o permanentemente caiga en el uso de drogas.

Accionar sobre estos factores conducentes resulta la preocupación que ya hemos mencionado, si desmenuzamos cada uno de ellos nos daremos cuenta que tratar de eliminar o minimizar la presencia de la droga es por demás difícil por no decir imposible, ya que sus componentes podrán ser elegidos entre muchas opciones y que se encuentran en casi todas partes. Un elemento activador es el gran desarrollo de las comunicaciones, la sofisticación de los medios utilizados para su transporte y el crecimiento de las organizaciones destinadas a la comercialización, promoción y distribución de la droga.

Sobre el segundo factor se puede actuar con mayor o menor posibilidad de éxito. Como veremos más adelante existen varios modelos de prevención que han sido creados y modelados para crear en la sociedad un crecimiento cultural que permita neutralizar las condiciones de superioridad con que nos enfrentamos. Esto no solo represente una tarea difícil por la desigualdad de las "*armas*" empleadas, sino una falta de unidad mundial para tratar de encontrar modelos válidos de lucha.

Por lo expuesto resulta que lo más adecuado y con reales posibilidades de éxito es el conocimiento y tratamiento del individuo y su medio ambiente inmediato, para que a través de una acción preventiva, activa e intensa se logre proteger al ser humano y por extensión a la sociedad, de ser alcanzada por la enfermedad.

Es indudable que los cambios culturales ocurridos en la sociedad en los últimos años ha favorecido la aparición de un campo propicio para el desarrollo de la "*personalidad adicta temprana*". Con respecto a los cambios culturales, podemos hacer mención de sensaciones de vacío, carencia de ideales, valores y metas, tendencia a la depresión; sin duda ayudados por las condiciones socioeconómicas producidas por la globalización, falta de oportunidades y escasez de trabajo que influyen en el desempeño familiar afectando los procesos de desarrollo de la personalidad en los estadios más precoces de la infancia.

Partiendo del concepto "*la droga es una muleta, incapaz de prevenir la invalidez psíquica*", debemos entonces encarar el estudio de la drogadicción partiendo del análisis del ser humano desde los inicios de su vida, su relación con el medio ambiente inmediato y su desarrollo en las etapas de adolescente y adulto.

Perfil de Identidad

Introducción

La drogadicción debe ser estudiada dentro de un marco psicosocial, si no hay droga no hay drogadicción.

Otro concepto importante es el de la disposición del individuo a usar drogas. Este fenómeno es inherente a la

condición de fragilidad y finitud del ser humano. Debemos tener en cuenta que drogadicción no es un diagnóstico que se corresponde en forma lineal con una estructura de personalidad definida. Es cierto que entre los adolescentes que hoy usan drogas, hay un porcentaje muy significativo de trastornos narcisistas de la personalidad, pero esta no es una condición excluyente, ya que también pueden existir trastornos neuróticos, psicóticos, depresiones graves, etc.. Por otra parte hay personas que padecen algunos de estos cuadros y que jamás se drogan.

En primer término, las personas con diferentes patologías podrán usar drogas si existe la posibilidad de tener acceso a su suministro. Donde esta alternativa no existe, la persona podrá desarrollar otras conductas adictivas: el juego, el trabajo, la comida, etc. , pero no una drogadicción fármaco-dependiente.

La droga es una necesidad que se registra como una constante a lo largo de la historia de la humanidad, y cuyo fundamento está basado en la incapacidad humana para aceptar la condición de finitud inherente al fenómeno de la vida.

El hombre es el único animal que no acepta su destino biológico que es nacer, crecer, reproducirse y morir. Todos los demás desarrollan esta secuencia aceptándola como un mandato natural.

Para ampliar este concepto Kalina hace una disociación absolutamente artificial, y considera al hombre como un cuerpo y una mente.

El cuerpo del hombre es igual al de cualquier animal, nace, crece, se reproduce (o no) y muere. Tiene que cumplir el destino biológico. Nuestra mente, en cambio, siempre ha querido escapar de este determinismo biológico, y sólo mentalmente podemos intentar trascender los límites que nos corresponden. Nuestra fantasía nos permite hacer cualquier cosa que deseemos, siempre que esta realización sea en el nivel mental. En cambio, en el nivel corporal, físico, la finitud y la muerte como final inevitable de nuestra existencia es un hecho capital que duele intensamente y cuesta aceptar, y cuanto más débil es una persona más dificultad tiene para tolerar el conocimiento de la realidad que es la vida.

Kalina se refiere a la fragilidad de los adolescentes, en el sentido de aquellos que han sufrido grandes frustraciones, que han lesionado su **YO**, debilitando y distorsionando sus posibilidades de un normal funcionamiento.

Estos adolescentes tienen más problemas para aceptar sus limitaciones, su finitud, por eso cuando tienen que enfrentarse a situaciones que experimentan como terribles, horrorosas, un recurso defensivo es refugiarse en su interior y si esta interioridad está muy dañada, lesionada, carente de objetos buenos internalizados, producto de relaciones parentofiliales amorosas, que ayuden a encontrar sentido a la vida, es decir, desilusionante, su sensibilidad a la oferta externa de sustancias mágicas que les brinden ilusiones aumentan peligrosamente.

Factores que influyen en el desarrollo de una drogadicción

Según Kalina y llegando a una gran simplificación, la respuesta es la falta de amor, el abandono y las consecuencias psicológicas correspondientes.

Luego especificaremos otros factores que influyen, y los analizaremos con mayor detalle. Volviendo a la falta de amor, el hombre al nacer y durante una cantidad de tiempo importante, necesita dedicación, atención y cuidados amorosos para poder desarrollarse e integrarse adecuadamente.

Cuando esta condición falla, vemos entonces aparecer con gran frecuencia los trastornos de la personalidad y

también las adicciones.

Esto nos lleva a analizar algunos elementos que Kalina considera importantes para explicar el desarrollo de una adicción.

Factores constitucionales:

Estudiosos de la psicología infantil, como Klein, consideran que hay niños que nacen con características psicológicas de origen constitucional diferentes, por ejemplo hay niños que nacen con una menor capacidad para tolerar la ansiedad, que son más impulsivos y que tienen características diferentes a otros niños.

Se está investigando las bases neuroquímicas de la conducta y ya se sabe por ejemplo, que el feto responde con alteraciones del ritmo cardíaco, succión del dedo y movimientos a situaciones de estrés de la madre.

Podemos suponer entonces que a través de mensajes neuroquímicos se va plasmando una pauta de respuestas conductuales en germen, que después del nacimiento se expresarán en diferencias de respuestas psicológicas entre un niño y otro frente a la ansiedad, el miedo, la frustración, etc.

Tampoco podemos olvidar que la ingestión por parte de la madre de ciertas sustancias como alcohol, tabaco, psicofármacos y otros, también van a ejercer su efecto sobre la evolución y estructuración biopsicológica del feto-futuro hombre.

Relaciones objetales tempranas: (constancia objetal)

Si al nacer un niño, su madre está bien sustentada por su pareja y por condiciones ambientales adecuadas, es más posible que pueda ser atendido por ella como un otro.

En esa fase y durante los primeros años el niño, necesita dedicación, amor y cuidados que le permitirán desarrollarse e ir fortaleciendo su **YO**.

En la medida en que ha recibido mejor calidad de amor, respeto por él mismo y un buen concepto de límites entre uno y otro, va desarrollándose dentro de él, la génesis de una conducta madura.

Todo esto se logrará si las primeras relaciones del niño con la madre son adecuadas y si el objeto primario, la madre, permanece constante y disponible, por lo menos durante los primeros meses de vida.

El alejamiento de la madre o la incapacidad de dar todo este sustento al niño, Kalina lo llama micro o macroabandono, y va a provocar alteraciones de las relaciones objetales tempranas, y por lo tanto dificultará el logro de un **YO** maduro posteriormente, lo que predispondrá a la aparición de una adicción, si se cumplen además otras circunstancias, porque este factor recién expuesto no es específico como base predisponente.

Depresión Materna:

Existe un micro o macroabandono del cuidado del niño en los casos de depresión materna. Normalmente,

frente al nacimiento de un hijo las madres tienen reacciones depresivas.

El parto y el período de postparto es una etapa de cambios muy importantes para la mujer. Hay madres que presentan depresiones muy serias, y la persona depresiva es alguien siempre hambrienta de estima.

En esta situación, la madre atenderá posesivamente a su hijo, no porque este la necesite, sino porque ella lo necesite a él, o sino directamente lo abandona.

Este es un proceso que se desarrolla y se extiende en el tiempo, y a través del cual la madre usa al niño para ella misma, venciendo los límites del niño para acomodarlo a sus necesidades.

Se produce una simbiosis que no se va a resolver en forma normal, a través de los procesos de separación – individuación.

Las técnicas de acción para llegar al otro, en vez de las verbalizaciones, las invasiones del territorio del otro y su manipulación permanente, los modelos tóxicos, los dobles mensajes inductores, las mentiras, etc. van configurando un cuadro particular.

-

Desarrollo del Self: (Si-Mismo)

El niño nace dotado de un equipo psicológico (*self*) que le permite realizar su primera acomodación a la estructura de su ambiente. Su forma y su estilo de adaptación dependerán del interjuego que se da entre sus recursos constitucionales, psíquicos y biológicos, y los vínculos con los objetos que el medio externo aporta (la familia más próxima) y entre estos dos, los sucesos infantiles.

En este punto, es de fundamental importancia el vínculo que se mantenga entre la madre y el niño.

La capacidad de la madre para soportar la angustia, calmar y dar consuelo, hacen que el niño se sienta bueno, querido y aceptado tal cual es.

Esto estimula la relación afectiva y el contacto con la realidad. El sujeto (bebé) necesita encontrar un objeto (madre) que le aporte gratificaciones que dirija, modele y contenga sus impulsos, que alivie y regule sus tensiones y que lo haga sentir grande e importante.

Cuando la madre no puede responder a los deseos y necesidades del bebé, el self de este, se conforma desvitalizado, depresivo y con importantes sentimientos de vacío.

Esta situación es el germen que en el futuro generará las ansias de dependencia patológica (estructura adictiva).

También, podemos observar que son familias, en general con mala alianza marital, donde muchas veces el precario vínculo que mantiene la relación es un hijo dependiente e inmaduro que canjea su independencia por la enfermedad.

De esta manera, la drogadicción pasa a ser el precio que se paga para no crecer. Son familias que suelen tener un pasado con situaciones ocultas, secretos familiares, pasados difíciles, que viven como vergonzosos, con contradicciones y mentiras.

Puede suceder que el padre, una figura ausente de afecto y preocupación por el hijo, que suele tener una apariencia de fortaleza, utiliza la prepotencia para desvalorizar a la madre, acentuando su predominancia,

logrando de este modo el desamparo del hijo por ambos, ya que una madre no respaldada por el padre del niño no puede cumplir su rol con tranquilidad.

Es común también, que se trate de padres dedicados de manera exagerada al trabajo, con poco contacto familiar, desinteresados de la educación y aspectos afectivos de sus vidas.

Las características recién descritas se constituyen en sustratos cargados de hostilidad que estarán en la base de la patología del **superyo**.

Sobreviene entonces una alteración del sistema de valores y una incapacidad de asumir normas de autocritica, capacidad de culpa y preocupaciones frente a si mismo y hacia los demás, que devienen en conductas delictivas.

Esta generación de estructuras vulnerables produce un daño más grave en estas primeras épocas, por ser las que encierran el germen del basamento de la personalidad, extendiéndose a etapas posteriores de la educación, que no es otra cosa que la formación del carácter y del sistema de valores a los cuales la persona se ajustará y tomará como guía en la vida.

Relación con la figura paterna:

Para Kalina, la figura paterna es un factor clave para la aparición o no de una drogadicción. Aunque su papel en los primeros momentos de la vida no es tan capital como el de la madre, al dar estabilidad al hogar y al vínculo entre la madre y el hijo, va generando las condiciones más adecuadas para que el buen desarrollo del niño se efectúe adecuadamente.

En la historia de la evolución de un futuro drogadicto, la figura paterna no es capaz de sostener las dificultades de su esposa y por otro lado no reacciona frente a la simbiosis madre – hijo, para evitar así hacerse cargo de las necesidades y exigencias de su esposa y/o del hijo.

Lo que constituía una díada de explotación se ha transformado en una tríada de explotación, al utilizarse al hijo para que la pareja subsista.

A través de ese pacto perverso se instala el modelo de "*hacer la vista gorda* " (denominación de Kalina), algo así como una negación parcial pactada, que luego el adicto introyectará y la convertirá en el modus vivendi, así como la tendencia de ser un explotador – explotado.

En otras palabras, incorporará una ideología de vida donde una parte de su **YO** hará la vista gorda a las actuaciones de la otra, en especial en todo lo que respecta a las actuaciones adictivas.

Invasión de los límites del otro.

En el tipo de relaciones descritas anteriormente, nadie es un otro como un otro, sino que está al servicio del otro.

Hay una permanente invasión de los límites y se establecen relaciones del tipo narcisista caracterizadas por la manipulación.

Hay además un permanente uso de la negación, por lo que no se perciben o se niegan los que existen en la familia, pues "*se piensan unos a otros*" y no conocen el valor de preguntarle al otro que le pasa.

Importancia del cuerpo y negación del mismo en el adicto. Negación de la finitud:

En la disociación que hace Kalina del cuerpo y de la mente, el cuerpo marca la condición biológica del hombre.

El adicto niega esta circunstancia, hace "*la vista gorda*". Siente odio hacia su cuerpo, ya que éste por su finitud le impide vivir la ilusión de la grandiosidad que busca.

Ahora bien, el adicto vive una paradoja trágica, como todo ser humano necesita y busca un límite para poder integrarse al resto de la humanidad, pero cuando lo encuentra se desespera porque este mismo límite le marca su finitud.

En consecuencia busca sobrepasarlo, atacándolo y buscando una grandiosidad que no puede ser satisfecha, y al encontrar un nuevo límite ante la intolerancia del cuerpo al tóxico, reaparece nuevamente la condición de finitud..

Observemos que en este juego se reproduce un modelo interpersonal familiar, donde siempre se espera de él (o se desea) algo que no puede cumplir.

Su búsqueda incesante de genialidad responde a su necesidad de corresponder a ese deseo. Así, esto se repite una y otra vez, hasta llegar a la sobredosis, que representa la posibilidad de marcar un límite que detenga el ciclo, el límite máximo que es la muerte.

Esta negación del cuerpo y su finitud se complementa con el sentimiento que tiene el adicto de tener un **YO** demasiado frágil, que ha sido invadido y explotado desde pequeño sin respeto a sus límites.

Cuando encara su vida no tiene fuerzas para enfrentar los límites de la realidad externa, y entonces recurre a las drogas que operan como una fuerza extra que le ofrecen la ilusión de poder vivir una existencia con una menor vulnerabilidad que la que realmente tiene.

Constelación y personalidad preadictiva.

Kalina dice que no hay trastorno de personalidad o condición psicopatológica específica en la base de las adicciones.

Pero también plantea la existencia de algunas características que él llama "*constelación preadictiva*".

En el perfil del adicto hay que buscar los modelos familiares que complementan los factores predisponentes al desarrollo de esta enfermedad.

A través de mensajes verbales y no verbales la familia se encarga de mostrar al niño una serie de conductas

adictivas que tienen que ver con el uso abusivo de medicamentos, en especial psicofármacos, tabaco, café, trabajo, comida, etc.

Con estas conductas está dando un mensaje de cómo enfrentar las vicisitudes de la vida, lo que unido a otras condiciones externas va a generar la adicción futura.

Mucha gente, adolescentes y adultos usan o experimentan alguna vez con drogas; sin embargo no se convierten en adictos, los que se transforman en drogadictos son los que tienen una "*constelación preadictiva*".

El uso indiscriminado de medicamentos, el uso del tabaco en forma compulsiva frente a cualquier ansiedad, el uso de alcohol o de comidas frente a la ansiedad, o el comprar o trabajar o hacer cosas compulsivas para calmar la angustia va construyendo en el hijo, un modelo donde el pensar, esperar y controlar los impulsos no existe; en cambio la acción y especialmente la acción tóxica sustituyen el pensar.

Así se genera una personalidad preadictiva que al juntarse con la droga pasa a la categoría de adicta.

En otras palabras, en estos grupos familiares o equivalentes no se aprende el control de impulsos porque no existe nadie que lo enseñe. No hay modelos coherentes de reflexión, de espera.

El adicto está siempre pidiendo, es decir buscando la gratificación inmediata porque no aprendió a mediatizar el impulso con el pensamiento.

Es un ser crónicamente "*hambriento*". Por estas características es que Freud planteó la importancia de fijaciones orales en la dinámica de la adicción, y en esta fijación se fundamentó la clásica descripción de la existencia, en la personalidad del adicto, de un **YO** débil, incapaz de tolerar las frustraciones.

Estos grupos familiares o equivalentes, pueden ofrecer, modelos simbióticos o cismáticos.

En ambos predomina la rigidez de los roles, separados en el cismático y mantenidos juntos por encolamiento en los simbióticos como fundamento para la subsistencia del vínculo parental.

Estos conceptos nos explican la falta de repertorio de recursos psicológicos que en un futuro presentarán los adictos para enfrentar las dificultades de la vida.

Dentro de la constelación y personalidad preadictiva debemos reiterar aquellos factores de índole sociocultural que inducen el desarrollo de las adicciones.

La cultura alcohólica y tabáquica de nuestro país es un ejemplo de esto.

-

Adolescencia y drogadicción

Entonces, ¿que se modifica en el psiquismo del joven que llega a la adolescencia?

1) ***Los impulsos instintivos***. – La pubertad, con el desarrollo de la capacidad reproductiva y orgásmica, trae aparejada una eclosión de la sexualidad que muchas veces toma *por sorpresa* al adolescente aun no habituado a satisfacer sus deseos sexuales.

Esta irrupción incipiente de la sexualidad genital se pone de manifiesto tanto en sensaciones físicas, –sus preocupaciones románticas, su masturbación, sus escrúpulos morales y sus obsesiones sexuales– como en las costumbres grupales o la vestimenta, tendiente a seducir al sexo opuesto.

Ahora bien, en la mayoría de las concepciones psicológicas tradicionales, se ha tendido a centrar el proceso de transformación adolescente en el desarrollo de su sexualidad. Sin duda este es un aspecto fundamental, pero por cierto que no el único. A las otras transformaciones nos referimos a continuación.

2) **El YO**, o sea el agente encargado del gobierno y distribución de los impulsos. Todo el sistema defensivo, los mecanismos que utiliza el **YO** para protegerse, están sometidos a una mayor presión y el **YO** tiene que modificarse para afrontarla. Pero los cambios del **YO**, no se reducen a sus funciones en relación con los impulsos instintivos; también se consolida, en el comienzo de la adolescencia, la transición del pensamiento concreto a otro de mayor nivel de abstracción, simbólico.

Meltzer menciona, como se suele creer y realmente así parece ser, en muchos casos, que el adolescente esta fundamentalmente interesado en la sexualidad, pero en realidad él esta preocupado por el conocimiento y el comprender.

3) **Surgen nuevos objetos de amor**.– Se produce una desidealización de las figuras parentales que priva al joven de la protección omnipotente que le significaban sus padres cuando él era pequeño.

Asimismo, existen fuertes contradicciones entre la tendencia del joven a alejarse de sus objetos infantiles de amor, asimilando previamente en su personalidad características de sus figuras parentales, y el hecho de que estas identificaciones se vuelvan más y más prescindibles.

Hay oscilaciones erráticas del humor, vaivenes emocionales en el transcurso de los cuales se suelen restablecer antiguas formas de relación objetal. Inconscientemente se reaniman fantasías de fusión con los objetos, merced a las cuales el joven intenta fortalecerse y protegerse de la sensación de fragilidad que le produce la pérdida de la imagen de sus padres vistos como todopoderosos en sus primeros años.

Esto se pone de manifiesto en la búsqueda de ídolos y líderes que satisfagan estas necesidades primitivas de idealización, al tiempo que le permitan tomar distancia de sus antiguos amores familiares.

También aparecen las llamadas vivencias del vacío. El adolescente atraviesa necesariamente por momentos en los que se siente vacío y teme esa sensación desagradable que se reitera sin que el pueda gobernar su aparición.

A veces la sensación de vacío se liga a alguna razón conocida: la pérdida de algún amigo/a, o un novio/a, la muerte de algún ser querido, un fracaso escolar. La vivencia de vacío consiste en una experiencia dolorosa y perturbadora que los jóvenes a veces llaman **depresión**. No es tristeza, mas bien es hastío, desinterés, sensación de futilidad ante la vida, así como pérdida de la normal capacidad para enfrentar la sociedad y sobreponerse a ella.

Las vivencias de vacío, tal como los sentimientos de vergüenza, inferioridad y los procesos de idealización y desidealización son resultado de fenómenos de desequilibrio narcisista, perturbaciones en los sectores de la personalidad que regulan el estado del si-mismo (self) y la valoración que el individuo hace de si mismo, su autoestima.

Ahora bien, desde la timidez vergonzante hasta la desfachatez y los aires grandiosos de superioridad, desde la introversión inhibida hasta la arrogancia, podemos adscribir sin dificultad estas características de los fenómenos de desequilibrio narcisista a un joven que esta atravesando una adolescencia normal, siempre y cuando no constituyan pautas rígidas y estereotipadas de funcionamiento y en tanto se alternen con momentos de alegría, entusiasmo e ilusiones esperanzadas.

La adolescencia es la etapa más susceptible para desarrollar una drogadicción, pues es el período de resolución del proceso simbiótico.

Es cuando se produce la separación-individuación, la separación del grupo familiar, el duelo por la exogamia y el enfrentamiento con el mundo externo.

Si el adolescente tiene un **YO** débil, producto de todos los factores expuestos anteriormente, entonces va a necesitar una fuerza extra para poder cumplir con este desafío, y si tanto la familia como la sociedad le muestran que las drogas son el combustible adecuado para afrontar las exigencias de la vida, él podrá poner en marcha la *experiencia tóxica*".

Una de las patologías más susceptibles de ser vulnerable, es la de los trastornos de la personalidad, en especial en los casos de personalidad fronteriza, porque son seres deficitarios en su personificación.

En síntesis, si nos colocamos ante las realidades que debe enfrentar el adolescente de nuestra época, y si le sumamos la estresante tarea de asimilar los cambios propios de su crecimiento, tanto corporales como psicosociales, se hace aún más claro comprender por qué los adolescentes son una población de alto riesgo.

-
-
-

La búsqueda de riesgos

En la adolescencia, las emociones y riesgos son buscados porque consolidan el sentimiento del sí-mismo. Un joven lo explicaba mejor: *solo se tiene la máxima seguridad de estar vivo, y bien vivo, cuando un escalofrío te recorre la espalda* .

Lichtenberg, un autor que ha estudiado profundamente la búsqueda de emociones y riesgos, dice que por ello, es parte de este *desafío regulatorio* para los padres ver como sus hijos se exponen a emociones ante las cuales el sí-mismo del chico se refuerza, y el riesgo es controlado. Un antecedente y prototipo infantil de ello es la sensación de ser arrojado al aire y caer en los brazos fuertes y seguros del padre.

El adolescente busca emoción y riesgo en un intento de expandir y consolidar su sí-mismo, mientras mantiene estas experiencias bajo su control, con cierto grado de autorregulación. Quiere ser él mismo quien elija cual riesgo asumirá y cual no. Quiere él decidir cuales serán sus modelos, cuales sus rivales en estos desafíos.

El también deseará elegir en que *brazos* confiar para que lo sostengan; un líder político, su entrenador deportivo, una novia o un novio, o el amigo más influyente de su grupo, que ahora ha conocido el *excitante* mundo que le provee la marihuana.

Toda esta actividad del adolescente transita el terreno de la normalidad, y mas allá del éxito o fracaso de los

intentos, usualmente es beneficiosa para su desarrollo. El joven aprende de los demás y de si mismo. Pero, he aquí una de las injurias que nuestro tiempo produce en la juventud, esa demanda de emociones y riesgos puede hallar la oferta de la droga, provista muchas veces por el grupo, al que el adolescente necesita como marco de referencia.

Es cierto que las distorsiones sensoperceptivas que producen las drogas adictivas suelen provocar una perturbación del sentido del sí-mismo mas que esa consolidación que el joven busca. Pero no es menos cierto que merced a las drogas se viven emociones hipertensas y las modificaciones del esquema corporal crean la ilusión de una expansión del self. Por otra parte, el solo hecho de consumir algo prohibido entraña un desafío personal que, para colmo, a veces es compartido por otros amigos o ídolos especialmente valorados por el adolescente.

El proceso de transformación adolescente es naturalmente más complejo que esta apretada síntesis, pero a nuestros fines lo importante es que en todas las características mencionadas podemos encontrar motivos internos de peso, para acercarse a la droga. No es menos cierto también que de igual modo hallamos en los jóvenes fuertes razones para combatirla, sustentadas en poderosos ideales y valores éticos.

En términos generales podemos decir que la perturbación del equilibrio ya mencionada acarrea sentimientos tanto *placenteros* como *displacenteros*. Los placenteros van desde la sana alegría y frescura juvenil hasta estados de franca exaltación del YO. Los sentimientos displacenteros oscilan entre la inferioridad, la vergüenza y culpa ya nombradas, hasta estados de tristeza, de esa vasta, difusa y a veces profunda melancolía adolescente tan bien descrita por muchos poetas.

Ahora bien, con frecuencia los adolescentes perciben que muchas sustancias psicoactivas permiten un alivio transitorio a esos estados disforicos y también una huida temporaria de otras circunstancias vitales externas desagradables, de orden familiar o social.

La droga constituye, en este sentido, el intento de restablecer el equilibrio perturbado por estos procesos de reacomodación psíquica. Aquellos jóvenes que por factores constitucionales o ambientales presentan un umbral bajo, la tolerancia a la frustración y poca capacidad de soportar el sufrimiento y esperar su recuperación espontánea, padecen más intensamente la desarmonía emocional de su edad y caen con mas facilidad en esta seudolución química.

La Presión Social

Decíamos que el joven se halla en una búsqueda de nuevos objetos extrafamiliares para experimentar, y lucha contra su propia dependencia infantil de las figuras parentales. En consecuencia, pasa a depender en mayor grado de su grupo social y se torna mas influenciado en sus opiniones, costumbres y hábitos por la presión que ejercen los medios modernos de comunicación, que muchas veces presentan el consumo de drogas como privilegio exclusivo, placentero y excitante.

De un modo más directo aun, la necesidad de nuevas figuras de identificación alienta la incorporación de patrones de conducta pertenecientes a otros jóvenes o adultos mas o menos cercanos, que gozan de estima, prestigio y reputación. Esto puede brindar al adolescente que sufre por su debilidad relativa, una sensación de madurez y pertenencia grupal en la medida que consume drogas. Le facilita también el afrontar situaciones de honda angustia social. Cree sentirse mas fuerte, mas aun si, como ocurre especialmente merced al uso de algunos alucinógenos, se siente cohesionado con sus pares y con sus ídolos.

Otra perspectiva interesante de la situación grupal de los adolescentes surge de aplicar las ideas de Meltzer sobre la visión de la sociedad que tienen los adolescentes.

Este autor observó que los adolescentes distinguen básicamente tres comunidades:

- 1) la de los niños, débiles, dependientes y sometidos al arbitrio de los adultos;
- 2) la de los adultos, los que ostentan el poder, el conocimiento y el pleno derecho a la sexualidad y
- 3) la propia, la de los adolescentes, que se sienten relegados pero poseedores de la fuerza, la justicia y la esperanza.

Enfocando el consumo de drogas desde esta perspectiva podemos observar como muchos adolescentes, vacilantes por naturaleza en cuanto a su ubicación grupal, pueden utilizar el consumo de drogas en su intento por diferenciarse tanto del grupo desvalorizado de los niños como del de los adultos, al que de esa manera combaten también en sus preceptos.

También es necesario considerar la influencia que tiene la imagen que brindan los padres y la presión que ejerce el grupo social a través del uso de drogas *legales*. El consumo de alcohol y tabaco es parte integral y crucial de la secuencia adictiva. Su uso precede, prácticamente siempre, al de las drogas ilegales, independientemente de la edad en que se inicie el consumo estas últimas. Es muy raro el comienzo directo con drogas ilícitas.

Las primeras sustancias que los jóvenes suelen experimentar son alcohol y tabaco (cerveza, vino y cigarrillos). Mas adelante pasan a las bebidas blancas y/o a la marihuana. También es muy raro que se utilicen otras drogas ilegales como la cocaína o los opiáceos sin pasar previamente por la marihuana.

Se desprende de esto la influencia toxicomanígena perniciosa que pueden ejercer al respecto sobre el niño el consumo abusivo de alcohol, cigarrillos o tranquilizantes por parte de los padres, modelos tempranos de identificación.

A veces la falla del medio familiar radica en su insuficiencia para proveer seguridad y calma al niño que por cualquier suceso cotidiano esta angustiado, con temor o ansiedad por motivos internos o externos. El abrazo tierno, que permite una suerte de fusión del niño con su madre o padre serenos, es en ocasiones imposible por la magnitud de la angustia o irritación que sufren los propios padres.

Naturalmente, la acción patógena no se ejerce en episodios únicos o aislados sino por efecto de una sucesión acumulativa de pequeños traumas. Esto determina un déficit estructural de la personalidad, en aquellos aspectos que al desarrollarse proveen al individuo de la capacidad de autoapaciguarse, de tolerar y atenuar su angustia, de evitar su difusión.

Mas adelante estos individuos buscarán en las sustancias psicoativas un elemento compensatorio que les permita eludir la invasión de angustia que ellos no pueden evitar con sus propios recursos.

Ahora bien, no podemos abandonar el tema de la presión social sin referirnos al contagio, al papel que cumplen adictos y traficantes en la difusión del consumo de drogas.

Existe una vasta mitología popular acerca de vendedores siniestros y viciosos que corrompen a jóvenes ingenuos a través del engaño o la seducción. Sin embargo, esto es usualmente falso. En términos generales, los traficantes de drogas comercian con clientes conocidos y habituales, y prefieren no arriesgarse a vender su mercancía a desconocidos por mas jóvenes e inocentes que parezcan.

Como lo señala el informe norteamericano sobre la Estrategia para el Control de las Drogas, quienes no se han iniciado en el consumo rara vez aceptan una sustancia desconocida de una persona extraña,

Mas aun, es muy infrecuente que un adolescente haga un esfuerzo individual para buscar drogas por primera vez. En realidad no es necesario, porque las experiencias iniciales con drogas surgen del ofrecimiento de otros consumidores con los que se tiene un vinculo personal.

La amistad

Al entrar un adolescente en el terreno de la adicción, renuncia a un tipo de mundo con determinados valores éticos y mediante su mutación entra a formar parte de otro, donde no existe tal ética y por lo tanto no puede existir la amistad, que significa un tipo de vínculo que requiere como condición indispensable el respeto al otro como *un otro*, complementado por una historia en común que puede tener muchas variables en cuanto a la situación y al tiempo de duración.

La vinculación por factores miméticos circunstanciales y/o parciales es la característica esencial de los vínculos entre los adictos.

En vez de identificaciones asimiladas y producto de interacciones a través del tiempo, en el mimetismo basta verse, usar algunos términos semejantes cargados de significados mágicos y *ya somos amigos*. Posteriormente el cemento vincular en vez de ser el amor es el miedo.

-

Algunas conclusiones

No todo el que experimenta con drogas se hace adicto.

Existen bases predisponentes individuales, familiares y sociales que condicionan la posibilidad de una adicción.

La adicción es una de las formas en que puede exteriorizarse la actividad de la parte psicótica de la personalidad.

Toda adicción constituye una vía hacia la muerte, es decir una práctica suicida a corto o a largo plazo, dependiendo de una amplia gama de variables.

Todo adicto en forma consciente procura mediante técnicas psicopáticas no exentas de seducción histérica, conseguir "*feligreses*" para su grupo, a esta actividad Kalina la denomina *proselitismo* y a los que la realizan *mutantes*.

Estos viven huyendo de sus angustiantes y a veces horroríficas vivencias de vacío interior y soledad, para lo cual aprendieron en su contexto familiar y social que las drogas psicotóxicas son un instrumento para lograr este objetivo y que además le brindan una ilusión de identidad, generalmente grandiosa y hasta épica.

La droga no **representa algo**, sino **es algo** para el adicto. Estamos frente a una ecuación simbólica, es decir que están operando los niveles concretos del funcionamiento mental.

Esto significa que está en actividad la parte psicótica de la personalidad.

El adolescente al hacerse adicto adquiere una nueva identidad **ya es alguien: un adicto**", y si logra en el contexto en que vive que se agreguen otros miembros a su causa, además de sentirse menos solo, podrá llegar al ideal inducido que "**ellos son el ser superior**".

Kalina señala que el proselitismo se ejerce mediante tácticas psicopáticas y/o seducción histérica pero afirma también con énfasis que la motivación profunda de esta actividad humana, que está más allá del miedo al vacío y a la soledad, es la envidia. El adicto sabe en su interior "*que vendió su alma al diablo*", pero necesita negarlo. "*Yo dejo cuando quiero*", "*lo hago por placer*", "*mi vida es mi vida y hago lo que quiero con ella*", etc..

Pero cayó en la esclavitud y esta percepción es trágica, no puede aceptarla, él que creyó burlar su castración está condenado a muerte, la máxima castración.

Pero, por su debilidad yoica no puede aceptar esta terrible verdad, y aquí surge la veta psicopática movilizada por la envidia.

La necesidad de destruir valores morales en el otro es una necesidad psicopática que no se puede ignorar, y esto se ve claramente según Kalina, cuando un adicto deja de consumir e intenta construir un nuevo proyecto de vida.

Los adictos pertenecientes a su grupo de "**amigos**" rápida o lentamente intentarán sabotear sus logros, pues sino su esclavitud se les vuelve patética y en cambio intentan salvarse maniacamente realizando racionalizaciones como: "*mal de muchos, consuelo de tontos*", "*somos los adictos, los demás son los caretas*", etc.

Como hemos dicho anteriormente un adolescente por experimentar con drogas no se vuelve necesariamente adicto, existe una personalidad previa en la cual coexisten factores predisponentes que hacen que ciertas personas sean vulnerables al proselitismo del adicto.

Pero en un mundo en crisis como el que vivimos actualmente, estos factores predisponentes existen con una frecuencia abrumadora.

Prevención

Hay programas que dicen que hay que intentarlo, otros que dicen que lo último que hay que hacer es intentarlo, porque en la medida que lo hacemos rompemos todo contacto con la realidad y después es muy difícil restablecerlo.

La prevención estaría dada en poder modificar las condiciones, desarrollar un trabajo preventivo trabajando con todas las redes sociales

Es muy difícil clasificar los procesos adictivos por su grado de complejidad y diversidad, también por la problemática de identificar si la adicción es un **síntoma** o constituye una **enfermedad central**.

Tomando como referencia los factores dinámicos de la personalidad, nos permitiría ordenar las diferencias entre síntoma y enfermedad encontrando una base estructural común. Problemas conductuales del paciente drogadicto (orígenes psicodinámicos), y la estructura de su psiquismo nos presenta una comprensión más profunda y amplia que puede ser utilizada:

- ð para establecer el tipo de tratamiento
- ð para conocer y evaluar el pronóstico
- ð para ilustrar los métodos y oportunidades de los programas de prevención.

Hemos hablado de tener en cuenta los vínculos tempranos como condicionamientos de los problemas adictivos, podríamos dar una guía práctica general para la prevención y terapéutica clínica:

- ð necesidad de una correcta empatía entre padres y niño
- ð que los padres superen sus problemas narcisísticos
- ð que los padres posibiliten al niño la experiencia de sostén, protección física y afectiva a la posibilidad de experimentar frustraciones, límites graduales y adecuados a la fase de desarrollo que permitan y estimulen formación de estructuras
- ð la adaptación, la capacidad de tolerancia a la angustia y la frustración
- ð el reconocimiento del NO-YO y la renuncia a la omnipotencia infantil.

La orientación de los padres para la prevención en este sentido también apunta a evitar los mensajes contradictorios dado que cumplen un papel fundamental en la cura y prevención de sus hijos (principalmente adolescentes).

Para cumplir con la función de prevención es necesario informarse y formarse de las características clínicas, psicológicas y sociales de la drogadicción.

Las mejores posibilidades de prevención de muchos males sociales devienen de la estructuración de una sociedad sana donde el amor, los anhelos, el fervor, la lealtad no sean vanas palabras.

Tipos de Prevención

Los planes de prevención deberán tener en cuenta cuales son las influencias nocivas que proyecta la sociedad sobre la patogenia del adicto y que influyen en la postergación de su curación.

Deben entenderse como:

- 1. Prevención primaria: Todo aquello que se efectúe con respecto a la macro comunidad en su conjunto, actuando antes que la drogadicción se manifieste. (EVITAR)
- 2. Prevención secundaria: Es la que trata de limitar la enfermedad ya declarada, asistiendo terapéuticamente al adicto. (TERAPEUTICO)
- 3. Prevención terciaria: Es la que trata de recuperar al máximo el potencial de la persona. (REHABILITACION)

También se puede clasificar a la prevención en:

- 1. Prevención específica: Es la que se relaciona directamente con el fenómeno.
- 2. Prevención inespecífica: Son las acciones generales no relacionadas directamente con el fenómeno.

Hay una interrelación permanente entre un tipo de prevención y otra. Como ejemplo podemos citar que en la medida que se esta trabajando sobre la reinserción social, se está haciendo también prevención primaria y secundaria.

-
-

Modelos de Prevención

Existen cuatro modelos tradicionales que toman en cuenta 3 elementos:

Lo hemos planteado dentro de las Causas de la Drogadicción (Pag. 22) SUSTANCIA (droga), MEDIO y PERSONA.

Los cuatro modelos representan el marco conceptual que toma quien trabaja en acciones de prevención. Al mismo tiempo representa una determinada ideología, una forma de pensar la realidad. Por eso es importante determinar el enfoque del modelo seleccionado.

I. MODELO ÉTICO–JURÍDICO

Centra el análisis en **la sustancia** (droga). La droga es la protagonista.

Clasifica a las drogas en: a.) legales, b.) ilegales

Para este modelo la droga es activa en si misma. La persona es la víctima y también el delincuente. Que es una contradicción en este modelo. La categoría social que toma sería la del vicio. Es una categoría moral y un delito.

En cuanto al medio social, se expresa en la ley con un criterio normativo. La norma señala la barrera que separa lo ilegal de lo legal, lo prohibido de lo permitido, lo bueno de lo malo en términos absolutos.

Toxicomanías es la palabra que mejor representa esta postura, ya que el criterio que utilizan para hablar de droga es: **tóxico**. Utilizado, aunque cada vez menos, en juzgados, policía, psiquiatría clásica.

Entonces aquí podemos identificar:

1. la prevención primaria estaría dada en la información de las sanciones (si la droga te atrapa vas a la cárcel) y en la eliminación del mercado de la droga.
- 2. la prevención secundaria estaría en la encarcelación (aislamiento–marginación) que sería el tratamiento para la posterior reinserción social .o sea, la prevención terciaria.

II. MODELO MÉDICO–SANITARIO

Como en el modelo anterior centra el análisis en **la sustancia**. La droga es el agente que infecta a las personas.

Clasifica las drogas en a.) inocuas y b.) peligrosas.

Haciendo una comparación con la anterior, agregaría a las ilegales, como peligrosas al tabaco y alcohol.

Al considerar a la droga como activa en si misma, comparte con el modelo anterior el concepto de droga como flagelo. El flagelo que azota la humanidad, como en épocas anteriores fueron las plagas y pestes consideradas castigos divinos por los pecados de los hombres. La persona es el huésped en donde se aloja la droga.

El medio es el entorno en donde se trata de detectar la población vulnerable ante este agente peligroso, señalándose entonces los factores de riesgo.

Estos factores de riesgo son determinados grupos económicos, demográficos, sociales etc.. Existe el peligro

del contagio y se considera a la adicción como una enfermedad (la droga con su acción enferma a la persona).

Se toma el criterio de nocividad.

La prevención primaria estaría basada en la información y no en las sanciones como en el modelo anterior. Apunta más al daño que causa.

También creando programas sustitutivos. La prevención secundaria estaría dada por la internación (el tratamiento), que aísla y margina al sujeto para lograr la reinserción social (prevención terciaria).

III. MODELO PSICO–SOCIAL

En este modelo se traslada el protagonismo a **la persona**. No interesa el tipo de droga que se consume.

Este modelo centra su atención en el vínculo que tiene el individuo con la droga, para determinar si ese vínculo es de dependencia.

La adicción sería un síntoma individual. Considera también que el adicto es un enfermo, pero con la diferencia que la adicción no es una enfermedad. La enfermedad está en una situación estructurada tapada por la droga, generalmente en la familia o grupos de pertenencia.

La prevención primaria estaría en la información y formación de grupos de orientación, por ejemplo, para madres a fin de mejorar su comunicación con los hijos, para optimizar los vínculos familiares. La prevención secundaria sería la psicoterapia, que son acciones de prevención inespecíficas ligadas al campo de la salud mental.

IV. MODELO SOCIO–CULTURAL

Aquí el protagonista es el medio.

El origen del problema es el **medio** macro–social, la estructura social. Este marco social operaría sobre la persona como un estímulo de tensión y para aliviar esta tensión la persona recurriría a la droga como evasión por la realidad, sin considerar otros factores.

La adicción se considera un síntoma pero la diferencia radica en que aquí se lo toma como un síntoma social como algo que nos muestra que pasa en la sociedad.

La prevención primaria estaría dada por la modificación de las condiciones sociales, por ejemplo, que no haya desocupados. Son acciones de prevención inespecíficas que están ligadas al campo político.

MODELO ETICO–SOCIAL

Los anteriores modelos dan una lectura parcial del fenómeno que nos ocupa. Se generó la necesidad de contar con un modelo más abarcativo.

Los modelos tradicionales aparecen como analíticos, analizan el fenómeno pero se queda solo con una parte

de él. Se paleteó la necesidad de un modelo de síntesis que no es una sumatoria de partes (de cada parte que toman los otros modelos), sino que toma en cuenta los aspectos parciales pero los sintetiza en una nueva producción.

Así surge este modelo en el cual el trabajo se hace a partir de dos ejes:

El *eje del tiempo libre* considerando tiempo libre al que apunta a tener un proyecto con sentido.

El adicto aparece sin proyectos. La acción preventiva debe facilitar la aparición de proyectos personales que van a encontrar sentido en un proyecto social.

El segundo *eje es la participación*.

Plantea una ética que puede surgir de este proyecto común, es una ética que puede admitir las diferencias, el disenso, no es la ética del modelo ético–jurídico basada en una categoría absoluta (legal–ilegal, bueno–malo). Esto está ligado a una metodología que se diferencia de los otros modelos.

Los modelos tradicionales plantean:

Hay un EMISOR (alguien que sabe, por lo tanto tiene el saber, al tener el saber tiene el poder) que emite un MENSAJE a un RECEPTOR (alguien que no sabe, que pasivamente recibe lo que es propiedad de otro).

La metodología del modelo ético–social es la llamada metodología circular, en donde no se habla de transmisión de información.

El receptor no está en el lugar de no saber porque llega con una serie de información sobre el tema (buena o no). Es decir que existen contenidos. Estos contenidos muchas veces están arraigados en el prejuicio o en construcciones míticas como por ejemplo: ¿se considera droga agregar una aspirina a la bebida cola?

Se pretende que estos contenidos implícitos pasen a ser explícitos, que se los manifieste, que pueda preguntarse si es verdad lo de la mezcla mencionada.

En la medida que esto se explicita se va construyendo el mensaje que se constituye en mensaje común y puede constituirse en un proyecto (que podemos hacer todos para prevenir) y esto apunta al compromiso que es un tema de todos.

El instrumento de prevención no necesariamente puede ser la charla o el audiovisual. Estos son medios auxiliares pero no constituyen en sí mismos una acción preventiva, por ejemplo una escuela solicita a especialistas una charla sobre prevención y una vez terminada dicen, bueno ya esta, ya terminó.

Esto solo sirve para cumplir con un objetivo inmediato pero no puede considerarse una medida de prevención.

La acción preventiva consiste en ir generando modificaciones en las actitudes, en las formas de relación, en poder tolerar las diferencias.

¿Legalizar o no legalizar?

Según Durkheim, en la sociedad antigua el hombre estaba determinado por sus antepasados, en la sociedad actual, el lugar de cada uno no está prefijado de antemano (en el mejor de los casos ante cambios tan bruscos, el hombre se adapta, no se desestabilizan los valores, cuando esto no sucede el hombre cae en un estado de

ANOMIA de perplejidad). Cuando los valores se pierden la vida no tiene sentido (suicidio). Esto último está exacerbado en el adicto (suicida a largo plazo), la falta de justicia de las sociedades modernas trae aparejado este sentimiento de anomia (perplejidad), con la consecuente desorganización social. Las religiones han sido desbordadas y las sectas absorben a los que andan por el mundo anómicos.

En nuestra sociedad consumista donde se premia el éxito y no el esfuerzo, el hombre pasa a ser otro bien de consumo. Su valor está determinado por el precio que obtiene por sus servicios, entonces su valor reside en el juicio externo. Así aún cuando satisface sus necesidades y en la medida en que satisface los deseos del afuera sigue sintiéndose vacío.

El adicto actualmente es considerado por nuestra sociedad como marginal (como categoría social). Cada sociedad tiene una particular visión de lo que considera dentro y fuera de ella. Tiene un marco de referencia interno conformado por todo lo que la sociedad acepta o incluye dentro de ella. Tiene una clase dirigente encargada de bajar las leyes o normas que regulan la convivencia y permiten alcanzar los ideales sociales.

Dada la ley o norma existen distanciamientos que suceden cuando la persona no puede llegar estos ideales sociales a través de la ley y cuando más se alejan de la norma más se acercan al punto de *MARGINALIDAD*, que se encuentra fuera del marco de referencia interno de la sociedad. Este punto de marginalidad se lo va a otorgar al *adicto* y a todos los que de alguna manera transgredan la norma.

La particularidad del adicto es que ese punto de marginalidad es buscado por el adicto mismo, ya que él busca *evadirse* y a esto se lo denomina *marginalidad sumante*.

A menudo nos encontramos con personas que rompen con este cuerpo social, que constituyen un emergente enfermo que trata de convertirse en el nuevo núcleo que aglutina a los demás y considera enfermo al núcleo del que salió.

Actualmente se ve al consumo como una búsqueda de *inclusión* en la sociedad, así que ya no hablaríamos de marginalidad sino de inclusión. Nuestra sociedad acepta sustancias como tabaco y alcohol y a las demás las margina (no se ve de la misma forma a un alcohólico que a un cocainómano). Antiguamente el adicto significaba una forma de protesta a la sociedad en la que habitaba, ahora lo hace para poder sobrevivir en la sociedad exigente, hipercompetitiva y consumista en la que está inmerso y de la que no puede salir.

Características de la legislación argentina, algunos antecedentes y la actual

Arranca en 1921 con la Ley 11309 que penaba el suministro de sustancias medicinales en calidad o cantidad distinta a la prevista (receta médica).

En 1968 la ley 17567 pena con prisión de 1 a 4 años al que traficara ilegalmente estupefacientes.

En 1974 la ley 20771 quizás la más importante, pena con prisión de 1 a 6 años más multa, la tenencia de sustancias psicoactivas, estupefacientes, aunque la tuvieran para consumo personal. (Es criticada por contradecir el art. 19 de la Constitución).

En 1979 para salvar la controversia la Corte Suprema a través de una acordada establece que "...no es violativo de la garantía establecida por el art 19 de la Constitución la represión de la tenencia de estupefacientes aunque estuviera destinada para uso personal..." El criterio jurídico y legal ve al adicto como un vicioso y/o un delincuente.

En 1986 la Corte Suprema determina que la tenencia para consumo personal no es delito volviendo al art 19

de la Constitución como garantía.

Por último en 1989 la Ley 23737 actualmente vigente, incrimina la tenencia pero atenúa la pena cuando por su escasa cantidad es inequívoca que está destinada a consumo personal

Así llegamos a opiniones de profesionales de distintas disciplinas que se encuentran divididas en cuanto a la *LEGALIZACION / NO LEGALIZACION* de las adicciones.

Distintos autores han fundamentado sus opiniones en favor o en contra. Tomaremos para nuestro trabajo las posturas de Fernando Savater (Ética como amor propio), Eduardo Kalina (La familia del Adicto y otros temas) y Alejandro C. Molina (La drogadicción y el sistema jurídico).

Savater hace un planteamiento que lo explicita a través de 10 tesis.

La primera refiere que todas las sociedades han conocido y utilizado drogas en forma abundante, a veces ligado a rituales religiosos. Las han adorado y en muchas ocasiones han abusado de ellas. Hoy nuestra cultura como todas las demás, conoce, utiliza y busca drogas.

La segunda defiende que el derecho jurídico de habeas corpus (libertad de uso del cuerpo) hay que extenderlo a todos los actos del individuo, incluso al que lo lleve a su propia destrucción.

El tercero hace referencia a que prohibir la droga en la sociedad democrática es tan injusto como prohibir la pornografía, la heterodoxia religiosa o política. Es decir que lo que daña es la prohibición.

La cuarta dice que lo peligroso es la adulteración, la falta de información y por lo tanto no estar preparados para manejarlas.

La quinta al defender su postura dice que las drogas pueden ser tan peligrosas como el alpinismo, el automovilismo o la minería, el exceso sexual, la credulidad política y la guerra.

La sexta se pregunta porque prohibir el placer, los drogadictos que quieren abandonar su manía deben ser ayudados por la sociedad, tal como el que desea divorciarse o cambiar de religión. Para justificar ese costo que debe soportar la sociedad hace la comparación con los accidentes de trabajo que se producen y representan costos sociales y sin embargo nadie se le ocurriría prohibir el trabajo.

La séptima dice que ninguna droga es en si misma un mal sino que puede llegar a serlo por las circunstancias de su uso. Por eso, no se la puede comparar con el crimen, la violación o el secuestro que tienen como objetivo dañar al otro. La despenalización de las drogas debe ser lo más internacional posible para ser eficaz. De hacerlo uno solo le traería aparejado dificultades.

En la octava, Savater hace una dura crítica al Estado en su falta de preocupación por el tema, diciendo que pareciera que la sociedad actual es políticamente drogadependiente, pues no sabría prescindir de este chivo expiatorio. La mayoría de las drogas no matan a nadie y muchas suprimen muchísimos más dolores de los que producen. Las que matan, matan mucho más por la adulteración o las circunstancias clandestinas de su empleo (ignorancia de dosis, jeringas contaminadas, etc.)

La novena hace referencia a la incidencia entre los jóvenes, sobre todo aquellos más desfavorecidos socialmente y la razón de su extensión es el resultado de la prohibición misma. Los males juveniles no son producidos por la droga, sino son los efectos de una determinada situación social.

La décima y última menciona que se asegura que la droga es la degradación moral de la población. Hace referencia a "El haschisch, el amor y el vino pueden dar lugar a lo mejor o lo peor" todo depende del uso que hagamos de ellos. De modo que no es la abstinencia lo que debemos enseñar sino el autodomínio.

Eduardo Kalina tiene una postura opuesta a Savater, diciendo que este tema ha perdido seriedad ya que su difusión como *hábito recreativo* y debido a los poderosos intereses económicos que los sustentan tanto en su producción como en la comercialización, han despertado el interés de los políticos que lo utilizan durante sus campañas, para hacer promesas ante un público desesperado, que necesita ayuda y orientación.

Liga íntimamente la droga con la problemática del SIDA, lo que remite a una visión catastrófica de fin de la humanidad. Por eso se acrecienta la esperanza que los gobiernos nos salven de esta maldición. Kalina hace alusión a la improvisación de los que legislan, que no toman en cuenta las relaciones existentes con la violencia, la delincuencia, respecto a la producción ilícita como a la comercialización ilícita y a las mafias operando en medio de estos polos del espectro comercial, además de los robos, los asesinatos y los asaltos. Ante este tema central surge la idea adaptativa acerca de la legalización de la droga y adoptarla como una solución final para acabar con la violencia y la delincuencia que son producto de la ilegalidad.

Kalina dice que se insinúa que una *ley* cambiará el significado biológico de los efectos destructivos que ocasionan en el ser humano, tanto en el área biológica como en la psicosocial. Las drogas que se pretenden legalizar: marihuana, heroína, cocaína, anfetaminas, etc. tienen efectos directos sobre la biología humana, como lo siguen teniendo las drogas socializadas, a pesar de la magia de la ley. Para Kalina la prohibición del uso de drogas psicotóxicas es necesaria y funciona en muchos países, pero para que sea realmente efectiva el conjunto de leyes restrictivas deben ser acompañadas con *profundos cambios ideológicos* y por lo tanto *socio-políticos-económicos*. Cuba, Japón y otros países han logrado éxitos.

La pandemia de la drogadicción está directamente ligada a la deshumanización creciente, a la robotización en un mundo centrado en la carrera armamentista, que constituye el negocio más grande del mundo, le siguen la droga y el petróleo.

Cuestiona el concepto de libertad, se penaliza el tráfico pero no la tenencia para uso personal. Parece increíble que la gente no se cuestione como la *elección* de una *esclavitud-dependencia a las drogas* tan denigrante a la condición humana, pueda tener otros orígenes que el "simple albedrío" o libertad individual del hombre.

También intervienen otras motivaciones en lprocura de las drogas, que responden a un conjunto de pactos perversos que culminan en el *pacto criminoso* de la familia y/o sociedad. El adicto es todo lo contrario de su ser libre. Es el prototipo del sometido.

La legalización transformará en empresarios a los que hoy son traficantes. Por último conceder la legitimidad a esta moderna versión de la esclavitud, es una claudicación inaceptable, para aquellos que como Kalina, tienen una ética humanística, que significa un profundo amor por la naturaleza, por los seres vivos y todo lo que la ciencia y la tecnología aporta a la vida.

Para enfrentar al narcotráfico, además de recurrir a todo el arsenal legal se debe trabajar sobre lo que denomina *la demanda*. Este criterio mira hacia la prevención, es decir las condiciones históricas psicosocioeconómicas que favorecen el desarrollo de *la oferta* y de los oferentes. El enfoque debe ser sistémico y no unilateral, buscando un proyecto de vida, lo cual significa humanizarnos creando vínculos solidarios.

Molina habla del cambio producido en nuestro país en los últimos años en que paso de ser país de tránsito a país afectado. No toma al drogadicto como un individuo aislado sino como un individuo inmerso en la sociedad. Con la que convive por su propia naturaleza humana, la cual no admite conductas que no solo ponen en peligro a quienes las ejecutan sino que llegan a ofender al orden y a la moral pública.

Debe haber un ordenamiento jurídico claro para definir la situación del drogadicto y de la drogadicción en general. Considera que el círculo del consumo, tráfico y producción de las drogas prohibidas deben ser consideradas por el régimen jurídico. La ley debe ser aplicada con vigor con resultados inmediatos y mediatos. Los primeros se refieren a expulsar a los traficantes y consumidores de las calles y los barrios a los cuales están destruyendo e intentar dar tratamiento o ayuda a quienes quizá no los busquen por cuenta propia, y los segundos se refieren a que la comunidad verifique que no existe el uso inocente de las drogas. De esta manera hay una actividad pedagógica y también de prevención. Establecer claramente que es lo lícito o lo ilícito para que el hombre común sepa que es lo prohibido y lo permitido en esta materia. La ilicitud de la conducta del adicto no debe atacarse exclusivamente desde un sistema represivo que se apoye en penas privativas de la libertad, sino que además debe hacerse con medidas alternativas que incluyan tratamientos familiares e individuales y disposiciones tutelares especialmente para menores de edad que se ejecutarán en los diversos ámbitos donde éstos desarrollen sus actividades, muy especialmente en el área de la educación.

Molina hace una crítica al sistema judicial y a la falta de recursos humanos y de servicios adecuados para atender al drogadicto.

Ejemplos de Proyectos de Prevención

Programación Global de la Prevención y la Asistencia en las Tóxicodependencias

La prevención y la asistencia deben partir de tres conceptos básicos:

- ð La región
- ð La red de servicios preventivos y asistenciales
- ð Las zonas críticas

1. LA REGION

Permite la federalización de los recursos disponibles que se implementarán según las necesidades de cada región.

El país se halla dividido en seis regiones a saber:

- a) Capital Federal y Buenos Aires
- b) Centro: Córdoba y Santa Fe
- c) Norte–Este: Entre Ríos, Corrientes, Misiones, Chaco y Formosa
- d) Norte–Oeste: Salta, Jujuy, Tucumán, Catamarca y Santiago del Estero
- e) Nuevo Cuyo: La Rioja, San Luis, San Juan y Mendoza

f) Sur: La Pampa Chubut, Neuquén, Río Negro, Santa Cruz y Tierra del Fuego.

2. LA RED

Permite la instrumentación orgánica de los recursos educativos, institucionales, barriales, zonales, sanitarios públicos y privados, con la finalidad de proteger a las poblaciones no afectadas por el consumo de drogas, lícitas e ilícitas, y también a reducir el consumo en las poblaciones afectadas y brindarles el auxilio terapéutico estructurado. El principio fundamental en que se basa la red es la organización de los recursos.

La red preventiva debe tener cuatro niveles de inserción:

- ð **EDUCACION:** La educación preventiva debe distinguir entre grupos de mayor y menor riesgo. Es decir identificar y diferenciar las dos realidades para permitir un mejor abordaje.
- ð **MUNICIPIOS – BARRIOS:** El municipio es la célula política de contención primaria, donde los distintos representantes de la comunidad (docentes, padres, políticos, religiosos, jóvenes) se unen para organizar acciones preventivas.
- ð **EMPRESARIOS/TRABAJADORES (SINDICATOS):** El ambiente empresarial y laboral deben estar presentes en el plan preventivo, ya que la cultura del trabajo tiene en el alcohol y la droga su mayor enemigo. Jubilaciones por incapacidad, ausentismo, accidentes de trabajo, trastornos familiares y violencia.
- ð **ORGANIZACIONES DEPORTIVAS:** El deporte planificado se convierte en un elemento de contención, en un elemento que ayuda al desarrollo de la socialización y al desarrollo ético. Lo importante es captar, a través de torneos deportivos, clínicas deportivas, escuelas de fútbol, etc. a aquella población de niños y jóvenes que no recibe por distintos motivos educación formal.

La red asistencial debe partir del CENTRO PREVENTIVO ASISTENCIAL que es el primer módulo de acción terapéutica. Trabaja con el experimentador o el abusador habitual de drogas, implementando una serie de acciones destinadas a estudiar el marco familiar y mejorando la calidad de vida individual, familiar y social del paciente. Se utilizarán herramientas operativas como las psicoterapias individuales, familiares y grupales, así como grupos educativos, reflexivos de confrontación de conductas.

La red tiene luego en el CENTRO DE DESINTOXICACION la siguiente unidad de complejidad asistencial. Cumple también una tarea educativa y de orientación al paciente para que pueda continuar otra etapa de tratamiento. Este centro asistencial está basado en el síndrome de abstinencia. Son los Hospitales Nacionales, Provinciales o Municipales los encargados de contener estos centros, debiendo existir por lo menos uno por cada región.

Otro nivel de complejidad pasa por organizar la estructuración de comunidades terapéuticas que deben tener tres tipos de modalidades:

- ð Comunidades Terapéuticas profesionales
- ð Comunidades Terapéuticas socio–pedagógicas
- ð Comunidades de Vida

El último eslabón de la red asistencial es el CENTRO DE REINSERCIÓN SOCIAL cuya función central será posibilitar el acceso a la vida comunitaria, a través de un aprendizaje social, educativo y laboral, luego del proceso de rehabilitación.

3. ZONAS CRITICAS

Son aquellos lugares dentro de la región que tienen preeminencia de: consumo de drogas, niveles de delincuencia juvenil altos, aumento considerable de portadores asintomáticos del SIDA, grados de desorganización familiar, etc.

Estos conceptos fueron tomados para confeccionar un modelo asistencial preventivo hacia 1990 bajo la dirección de la Secretaría de Estado de Desarrollo Humano y Familia y la asesoría técnica de la Secretaría de Estado de Coordinación y Programación de la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico.

Proyecto Curricular

El proyecto curricular sobre prevención trasciende el marco institucional. De esta forma, con la intervención de todos, es posible enfrentar el flagelo de la droga, en la que el adolescente es la persona en riesgo.

Intenta brindar conciencia social, aumentar la autoestima y lucha contra el marketing y la publicidad. Sostiene que conociendo a fondo el problema, se pueden plantear soluciones. Estas soluciones pueden aplicarse en forma organizada y operativa para evaluar los resultados obtenidos.

Dentro de los contenidos de la EGB, determinan el tratamiento del tema **drogas**.

Posteriormente se desarrolla una política preventiva que abarque los siguientes puntos

- 1. Aplicación de un programa para:
 - 1.1. *Adquisición de conocimientos*: Brindar información al alumno.
 - 1.2. *Competencia social*: Construir en el alumno habilidades sociales como forma de prevención.
 - 1.3. *Esfuerzo sostenido*: sistematización y continuidad del programa.
 - 1.4. *Interacción con los compañeros*: Influencia positiva o negativa con los pares.
 - 1.5. *Lazos con la realidad social*: prestar atención a los alumnos alejados de la realidad social.
- 2. *Compromiso de los padres*: Realización de tareas conjuntas, brindar información, mejorar la comunicación y/o conflictos familiares.
- 3. *Capacitación*: Del docente, utilizando metodologías especiales y procedimientos afectivos.
- 4. *Colaboración*: Entre instituciones, comunidades, expertos, empresas, entidades gubernamentales y servicios comunitarios.
- 5. *Culturalmente importante*: Adaptado a diversidad de culturas.
- 6. *Evaluación*: Continua acerca de relaciones, toma de decisiones, autoestima, comunicación, responsabilidad, conciencia sobre drogas y alcohol, etc.
- 7. *Valores*: Solidaridad, disciplina, responsabilidad, honestidad, respeto, compromiso familiar.
- 8. *Comunidad*: Orientar al alumno en conocer situaciones de riesgo, para disminuir su vulnerabilidad.

Prevención en Otros países

La Rioja – España

La prevención del consumo de drogas es uno de los objetivos prioritarios del Plan Riojano de Drogodependencias. Y para ello, establece las siguientes actuaciones:

- ð Fomentar una política de prevención que haga posible una disminución de la oferta y de la demanda de drogas, implicando a la Administración de Justicia para que sus actuaciones complementen las de tipo policial.
- ð Establecer los sistemas pertinentes de información, de interés policial y judicial, sobre el tráfico de drogas, posibilitando el conocimiento real de la incidencia del fenómeno del tráfico.
- ð Impulsar y fomentar la puesta en marcha de programas de prevención del uso/abuso de drogas.
- ð Informar a la población sobre las consecuencias y causas del fenómeno de las drogodependencias para que el consumo de sustancias no sea motivo de deterioro de su salud.
- ð Desarrollar normativas de la legislación de ámbito estatal.
- ð Desarrollar la normativa y el cumplimiento de la existente sobre promoción, publicidad y venta de bebidas alcohólicas y tabaco.
- ð Controlar aquellas empresas que por su actividad pueden fabricar o distribuir los llamados precursores.
- ð Colaborar con la Administración de Justicia para localizar y desarticular las operaciones destinadas al bloqueo de dinero procedente del narcotráfico.
- ð Facilitar al ciudadano la posibilidad de que denuncie actividades que puedan estar relacionadas con el tráfico de drogas, garantizando en todo momento el anonimato.
- ð Establecer cauces de comunicación entre las Administraciones de Justicia y Hacienda para localizar actividades de blanqueo de dinero.
- ð Establecer los cauces necesarios para facilitar una estrecha colaboración entre la acción policial y la judicial, procurando buscar la mayor coherencia posible en sus actuaciones.
- ð Conocer los riesgos del llamado "uso social de las drogas".
- ð Conocer qué sustancias más próximas en nuestro entorno pueden ser causa de problemas.

Lima – Perú

Ley del Sistema Nacional de Prevención y Control de Drogas

A continuación se transcriben los dos primeros capítulos sobre la Ley Nacional de Prevención y Control de Drogas de Perú, en donde se establecen los alcances y generalidades de su incumbencia.

CAPÍTULO I: DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1º.–

Créase el Sistema Nacional de Prevención y Control de Drogas con la finalidad de:

- a)** Mantener y preservar la unidad y organicidad de la política nacional de prevención y control de drogas;
- b)** Orientar adecuadamente los recursos y capacidades nacionales empleados en la lucha contra las diversas manifestaciones del fenómeno de las drogas;
- c)** Formular, integrar, coordinar, supervisar, ejecutar y evaluar los planes y acciones a nivel nacional sobre la materia.

Artículo 2º.–

El Sistema Nacional de Prevención y Control de Drogas está integrado por :

- a)** La Presidencia del Consejo de Ministros, los Ministros y los demás órganos sectoriales e instituciones públicas que formulan programas, ejecutan acciones y prestan servicios en materia de prevención y control de drogas;
- b)** Los Gobiernos Regionales y Locales;
- c)** Las Instituciones Privadas, las comunidades nativas y las organizaciones campesinas, comunales, de base y demás de la sociedad civil que desarrollan programas y acciones dirigidas al cumplimiento de los fines del Sistema.

CAPÍTULO II : DE LAS FUNCIONES DEL SISTEMA

Artículo 3°.-

Corresponde a La Presidencia Del Consejo de Ministros, a los Ministerios y demás órganos sectoriales e instituciones públicas competentes contribuir, en el ámbito de su competencia, a la formulación y ejecución de los planes nacionales de Prevención y Control de Drogas, a la definición de la Estrategia Nacional para alcanzar el objetivo general de los mismos, y la estructuración armónica de los programas nacionales en materia de:

- a)** Desarrollo Alternativo;
- b)** Participación de la Empresa Privada;
- c)** Investigación de los usos benéficos de La Hoja de Coca;
- d)** Reserva de Áreas para la producción Lícita de la Hoja de Coca;
- e)** Obtención de la Información Catastral y Monitoreo de Cultivos;
- f)** Desarrollo Alto Andino;
- g)** Represión del Tráfico Ilícito de Drogas y Delitos Conexos, así como de control y fiscalización de insumos químicos;
- h)** Prevención integral del uso indebido de drogas, tratamiento, recuperación, rehabilitación y reinserción social del consumidor;
- i)** Reducción de las consecuencias sociales derivadas del consumo.

Los Planes y Programas Nacionales serán aprobados por Decreto Supremo, con el voto aprobatorio del Consejo de Ministros

Artículo 4°.-

Corresponde a los gobiernos regionales y las municipalidades provinciales, la gestión de las actividades y de los servicios en materia de prevención y control de drogas, en cuanto se encuentren previstos en los Planes y Programas Nacionales respecto de las áreas de la producción: Desarrollo Alternativo y Consevación del Ambiente; y del consumo indebido: prevención integral, tratamiento y rehabilitación, y consecuencias del consumo.

Artículo 5°.-

Las Instituciones privadas, comunidaes nativas, organizaciones campesinas, comunales, de base y demás de la sociedad civil, a solicitud y en coordinación con la autoridad competente, podrán prestar voluntariamente su concurso en la formulación y evaluación de los Planes y Programas Nacionales, así como en la realización de estudios e informes sobre la problemática de la prevención y control de drogas, y en la ejecución de acciones específicas y prestación de servicios sociales sobre la materia.

Trabajo de Campo

A fin de poder comprobar como se está trabajando el tema de drogadicción en la educación media actual, y obtener material para ejemplificar la hipótesis, elaboramos un modelo de encuesta, para proceder posteriormente a analizar los resultados.

El modelo de encuesta surgió como resultante de diversidad de opiniones por los autores de éste trabajo, luego de la entrevista realizada a la Sra. Sivori, Cristina, integrante del Programa de Actividades del Area de Prevención y Asistencia de las Adicciones de la Universidad Nacional de Quilmes y la Lic. Fernandez, Mirta integrante del mismo programa y a la vez docente de la citada Universidad, además participa activamente en distintos centros de Asistencia a Adictos.

Se acordó, practicar la encuesta a alumnos de 4º y 5º años exclusivamente, por ser los que transcurren la adolescencia propiamente tal.

En esta etapa se pueden definir a los adolescentes como los que se encuentran en un momento de búsqueda, en donde están transitando períodos de definiciones sexuales irreversibles, estableciendo nuevas relaciones vinculares, atravesando los duelos por la pérdida de su cuerpo infantil, y definiendo el duelo por los padres de la infancia.

Trabajamos las encuestas en cuatro zonas: Capital Federal, Sur (Berazategui, Monte Grande), Norte (San Isidro) y Oeste (Moreno, Matanza). Se obtuvieron 307 respuestas.

Se adjuntan, como Anexo III, modelos de encuesta. Los resultados de las mismas expresados en gráficos, acompañados de sus respectivos datos numéricos y porcentajes se detallan más abajo.

El estudio analítico de los datos graficados se podrán observar en la Conclusión.

Se trabajó también en el ámbito institucional, realizando una encuesta a directivos, cuyo modelo adjuntamos, como Anexo IV.

Con respecto a este tema, nos encontramos con dificultades concretas. Las encuestas por distintos motivos eran demoradas, no acudía la persona que debía completarla, se debatían internamente que sector debía confeccionar las respuestas, los rectores no autorizaban la entrega de la información requerida, etc.

Solamente 8 instituciones respondieron a las preguntas de las cuales cinco, coinciden con las encuestas practicadas a los alumnos.

De las encuestas surge que:

- ð Todas las instituciones comparten el tratamiento del tema, dentro de las asignaturas curriculares específicas (Educación para la Salud, Biología, Educación Cívica, etc.) por el docente a cargo y algunas instituciones tratan el tema transversalmente.
- ð En ocasiones concurren especialistas para dar conferencias o charlas que se apoyan habitualmente en videos, afiches, etc.; otras instituciones brindan talleres o trabajos de investigación que debe realizar el alumno.
- ð Los alumnos que reciben esta formación pertenecen a los cursos superiores del nivel medio (desde 3° año o 1° de Polimodal) y en algunos casos se hace extensivo al resto de los niveles.
- ð Los directivos de éstas instituciones consideran que las propagandas de prevención del estado son insuficientes y de carácter informativo.
- ð La mayoría de las instituciones estiman que entre su población estudiantil, hay una gran probabilidad de adictos a drogas.
- ð Ante la alternativa de la existencia de posibles alumnos adictos, en todas las instituciones los directivos recurrirían a los gabinetes especializados, a reuniones con los padres y/o aconsejarían consultar a entidades o especialistas externos.

Interpretación de los datos estadísticos

A continuación se detallará en forma gráfica los resultados de las encuestas realizadas a los alumnos. Esta información se presenta en forma global y la misma información se presenta en forma sectorizada geográficamente a fin de detectar posibles diferencias estadísticas derivadas de los distintos niveles socio–económico–culturales.

GRÁFICOS GLOBALES

A.– Total de alumnos encuestados

Femenino	116
Masculino	191
Total	307

B.– Datos discriminados por sexo y edades

Sexo Femenino:

16 años	50
17 años	40
18 o 19 años	26

Sexo Masculino:

16 años	128
17 años	57
18 o 19 años	6

C.– ¿Qué entendés por adicción?

Enfermedad Social	Desorden mental	Epidemia	Cultura del Éxito	Otros
45	247	11	10	7

D.– Desde donde recibís la información sobre prevención contra las drogas.

Amigos	Parroquia/Iglesia	Club	Escuela	Padres/Familia	Otros
86	11	0	91	198	55

E.– Correcta definición de prevención

Si	No
245	62

F.– Elementos y/o actividades preventivas realizadas en los colegios.

G.– Respecto a la prevención es un tema tratado:

Ciclo Escolar	Algunas ocasiones	Clase Informativa	Investigación del Alumno	Otros
25	173	23	43	11

H.– Reacción que tendrían si supieran que una persona cercana a ellos se droga

Ayudar	Otro
230	75

I.– La información es un elemento preventivo

Si	No
251	56

J.– ¿Cómo se considera a las propagandas de prevención de drogas?

Efectiva	Suficientes	Insuficientes	Informativas	Desinformativas	Preventivas
9	25	109	125	33	105

Gráficos Zonales

Para la realización tomamos como colegios representativos 1 de Capital, 1 de zona Norte y 1 de zona Oeste. Tomamos en cada serie de datos los valores más representativos obtenidos en los gráficos globales.

Se muestran a continuación los gráficos comparativos de las 3 zonas:

Conclusión

Según lo expuesto en el capítulo La Droga, sabemos que desde épocas remotas se utilizaron sustancias que permitían alejar al individuo de la realidad.

No tenemos ninguna duda sobre la importancia económica que genera la comercialización de la droga, y es por ello la limitación internacional de su regulación.

Intentamos brevemente explicar la obtención de las drogas más comunes, explicar sus formas de administración, sus dependencias y sus consecuencias.

Determinamos en el capítulo Drogadicción, las causas que llevan al individuo a su uso y abuso. Definimos de la mano de Kalina, el perfil de identidad que adquiere un drogadicto, trabajamos los factores que influyen en el desarrollo de la drogadicción, la falta de una buena contención familiar, la baja autoestima, el no poder identificar una autoridad, los modelos familiares adictivos, los procesos depresivos, la búsqueda de riesgos y nuevas sensaciones, las presiones grupales y sociales, etc.

En cuanto a la Prevención, clasificamos los distintos tipos y modelos existentes, expusimos la necesidad, o no de legalizar y ejemplificamos situaciones.

Nuestra preocupación está orientada hacia los adolescentes.

La adolescencia es una etapa de cambios físicos, familiares y sociales, es el caldo de cultivo ideal para la incorporación de nuevos hábitos. Se sienten megalómanos, presentan dificultades en sus vínculos, les importa mucho ser aceptados por sus pares, que como transitan por sus mismos caminos "son los únicos capaces de entenderlos". La pérdida de la bisexualidad de la infancia, y la incorporación de las primeras pulsiones sexuales, los lleva primero al narcisismo corporal, a la admiración homosexual y los estados de enamoramiento, y luego a la consolidación del YO y la posterior resolución de situaciones traumáticas.

Familiarmente la mayoría de los adolescentes están contenidos. Pero no siempre esta contención es la óptima. Hay *familias saludables, familias doble mensaje, familias autoritarias, familias inmaduras, familias incompletas familias narcisistas*.

Comunitaria y socialmente los adolescentes se encuentran con una diversidad muy amplia, como para poder centrarse en la búsqueda de apoyo para resolver críticamente tantos cambios que están operando en ellos.

La escuela, termina siendo el ámbito ideal para poder compartir y canalizar sus vivencias, angustias y ansiedades, pero ¿Qué pasa en la escuela?

Según las encuestas realizadas a nuestros alumnos obtuvimos que solamente 45 alumnos sobre 307 (14.66%), pudieron definir a la drogadicción como una **enfermedad social**, la mayoría la considera un Desorden mental (80,46%).

El 64,50% de éstos adolescentes obtiene información sobre prevención de drogas de sus familias, por lo que

podemos demostrar que la falta de información y el desconocimiento excede a los adolescentes, y sería muy necesario abarcar en el tratamiento de prevención de drogas, a todo el grupo familiar.

Nuestros alumnos dicen:

36,15% no registran actividad escolar sobre prevención

34% declaran Charlas o clases programáticas de tratamiento del tema

23% ha visto carteles informativos.

Pero dentro del período escolar el tiempo dedicado al tratamiento del tema para el 56% de los alumnos ha sido en **algunas ocasiones**.

El 82% de los alumnos considera que tener información sobre drogas, obra como un elemento preventivo, y solo un 2,93% considera a la actual propaganda como **efectiva**, les parece Informativa al 40,72%, Insuficiente al 35,50% y Preventiva al 34,20%.

La escuela no está haciendo lo suficiente. Se puede observar en la falta de cooperación por parte del nivel directivo en responder a sus encuestas. También se puede detectar que mientras los directivos detallan en que materia curricular se trata el tema de drogadicción, los alumnos responden mayoritariamente NO recibir NINGUNA actividad escolar sobre prevención –entendiendo un 82% que la prevención es información– lo cual llevaría a concluir que no consideran la información sobre drogadicción brindada en la curricula actual, como elemento preventivo.

Es necesario un tratamiento más serio del tema, más sistematizado, más amplio, es necesario un plan que pueda aplicarse en la comunidad educativa, implicando a los docentes, padres y principalmente a los adolescentes. La educación es el mejor instrumento de prevención y el marco escolar es el que más posibilidades y potencial ofrece.

Es necesario disminuir los factores de riesgo, y buscar que los alumnos a través de la educación, obtengan criterios para mantener un estilo de vida más saludable.

Brindar programas de prevención del consumo de drogas, que se incorporen obligatoriamente a la currícula escolar, informando y apoyando al adolescente en un marco de contención, a sus padres y a los docentes, es la alternativa que modestamente sugerimos.

Si la droga no es atacada con conciencia social y desde todos los ámbitos no tendremos alumnos para formar en el transcurso del tercer milenio.

Por consiguiente a nuestra hipótesis planteada: "**La escuela orientaría y educaría a los alumnos adolescentes en la prevención**" correspondería decir que la escuela NO orientaría NI educaría a los alumnos adolescentes en la prevención.

Bibliografía

- ð Aberastury A.; Knobel M. – **La adolescencia normal**
- ð Behr, Hans–Georg – **La Droga, potencia mundial**
- ð Kalina, Eduardo – **La familia del Adicto y otros temas, Adolescencia y drogadicción, De la práctica a la teoría**

- ð Musacchio de Zan, Amelia; Ortíz, Alfredo; Frágola, Alejandro; Molina C. y otros – **Drogadicción**
- ð Newman, Elías – **La Sociedad de la droga**
- ð Savater, Fernando – **Ética como amor propio**
- ð Yaría, Juan A. – **Toxicodependencias: Asistencia y Prevención**

Material adicional obtenido de:

- ð Apuntes dados por la cátedra.
- ð Internet

ANEXO I

TIPOS DE DROGAS

NEXO III – ENCUESTA A ALUMNOS

1.– *Edad:* _____ *Sexo:* Femenino Masculino

2.– ¿Qué entendés por adicción ?

Es una enfermedad contemporánea social.

Es un cuadro de dependencia que te lleva a un desorden mental.

Es una epidemia.

Es una nueva cultura del éxito .

Otros

3.– Desde donde recibís la información sobre prevención contra las drogas.

De tus amigos/as .

Del grupo al que perteneces en tu parroquia o iglesia.

Del club al que concurrís.

De la escuela.

De tus padres y/o familiares.

Otros

4.– ¿A qué se llama prevención? Explicar.

5.– ¿Qué elementos y/o actividades preventivas sobre adicciones se realizaron en tu colegio?

Charlas con alumnos y docentes.

Talleres con especialistas, docentes, padres y alumnos.

Encuentros con otros colegios.

Clases extraprogramáticas.

Tema dentro de alguna asignatura .

Carteles y afiches.

Videos .

Otras actividades

Ninguna

6.– Respecto a la prevención es un tema tratado :

a lo largo de todo el ciclo escolar.

en solo algunas ocasiones.

en una clase a nivel informativo.

en un tema de investigación y exposición del alumno.

otros

7.- ¿Qué reacción tendrías si supieras que una persona cercana a vos se droga?

8.- Consideras que tener información sobre la droga es un elemento preventivo contra ellas Si No ¿Por qué?

9.- ¿Cómo consideras a las propagandas de prevención de drogas realizadas por el estado?

Efectiva Suficientes Insuficientes Informativas

Desinformativas Preventivas



